



**Universidade de Brasília
Instituto de Humanas - IH
Departamento de Serviço Social - SER
Trabalho de Conclusão de Curso – TCC**

ALESSANDRA BEATRIZ DOS SANTOS

**Análise do papel da Atenção Primária à Saúde e do Pré-Natal na
prevenção à violência obstétrica em mulheres negras**

Orientadora: Prof.Dra. Lucélia Luiz Pereira

Brasília, novembro de 2016.

**Universidade de Brasília
Instituto de Humanas - IH
Departamento de Serviço Social - SER
Trabalho de Conclusão de Curso – TCC**

ALESSANDRA BEATRIZ DOS SANTOS

**Análise do papel da Atenção Primária à Saúde e do Pré-Natal na
prevenção à violência obstétrica em mulheres negras**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Serviço Social do Instituto
de Ciências Humanas da Universidade de
Brasília como requisito para obtenção de título
de Bacharel em Serviço Social, sob a
orientação da Profa. Dra. Lucélia Luiz Pereira.

Brasília, novembro de 2016.

Universidade de Brasília
Instituto de Humanas - IH
Departamento de Serviço Social - SER
Trabalho de Conclusão de Curso – TCC

ALESSANDRA BEATRIZ DOS SANTOS

**Análise do papel da Atenção Primária à Saúde e do Pré-Natal na
prevenção à violência obstétrica em mulheres negras**

Banca Examinadora

Prof^ª. Dr^ª. Lucélia Luiz Pereira SER/IH - UnB Orientadora

Prof^ª. Dr^ª. Andréia de Oliveira (SER/UnB)

Rayane Noronha Oliveira - bacharela em serviço social e mestranda do
programa de pós-graduação em sociologia
da Universidade de Brasília – Examinadora externa

Brasília, novembro de 2016

*“Dedico este trabalho à minha mãe Neide
e ao meu pai Ezequias.
À memória da minha avó Nalvinha
e do meu avô Ademar.
E à todas as mulheres negras
vítimas de violência obstétrica e de tantas outras violências,
mas que permanecem resistindo.”*

Agradecimentos

Agradeço a Deus por sempre cuidar de mim, me fortalecer e me ouvir em todos os momentos. Por ser a base de tudo em minha vida. Agradeço à minha mãe Neide e ao meu pai Ezequias por todo suporte, carinho, amor e cuidado, e por sempre acreditarem em mim. Ao meu irmão Ezequias Filho pelo companheirismo. Sem eles nada disso seria possível.

Com muito carinho, ao meu companheiro e melhor amigo Mate, pelo apoio e ajuda neste processo, por me ouvir e me acalmar nos momentos de estresse. À minha prima e amiga Raylane, que teve papel fundamental no meu ingresso na UnB e no processo da graduação. Às minhas tias Selma, Nete, Ivone e Duta e aos meus tios Ney e Gesoney, que estiveram presente e deram suporte desde minha infância.

À vovó Nalvinha que sempre me deu suporte e me auxiliou em todos os momentos dos meus estudos, tornando-os possíveis — e, que infelizmente, partiu antes de presenciar a conclusão de minha graduação.

Às minhas amigas, companheiras de graduação Mylla, Iony e Lis, por se fazerem presentes e tornarem mais leve os perrengues deste processo. Aos meus amigos Ian e Matheus que, mesmo sendo de outro curso, estiveram presentes e tornaram-se ótimas e agradáveis companhias.

Ao meu amigo e professor de cursinho Daniel, que me ensinou muito sobre o processo de escrita. Às minhas amigas Clarinha, Krys e Samara que foram sempre muito doces e compartilharam ótimos momentos durante o curso. À minha amiga Fran que esteve sempre presente.

À professora Valdenízia Peixoto que me auxiliou com a reflexão sobre gênero, que foi imprescindível na realização deste trabalho. Ao programa Afroatitude - UnB, que incitou o pensamento crítico sobre a questão racial e me proporcionou, enquanto estudante negra, momentos de fortalecimento e apoio.

À professora Lucélia por ter me orientado neste trabalho, estando sempre disponível, me auxiliando no processo de escrita. À supervisora de estágio, Isabela Ribeiro, que me auxiliou quando este projeto era ainda uma ideia e à Ana Lúcia que teve papel fundamental na pesquisa em campo.

Por fim, a todas as mulheres que participaram da pesquisa e compartilharam suas vivências e tempo. Aos profissionais que também se disponibilizaram e realizaram as entrevistas.

Resumo

O presente trabalho objetivou analisar de que maneira a Atenção Primária à Saúde (APS) contribui para a prevenção da violência obstétrica em mulheres negras, por meio do acompanhamento do pré natal. Para tal, considerou-se, sobre estes temas, a percepção de profissionais de saúde e de usuárias que passaram pelo pré-natal e pelo parto. Adotou-se como procedimento metodológico a pesquisa qualitativa por meio de levantamento bibliográfico baseado nas seguintes categorias-chaves: questão de gênero, raça e maternidade, Atenção Primária à Saúde (APS) e ao pré-natal, violência obstétrica e racismo institucional. Concomitante ao levantamento bibliográfico, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com sete (7) profissionais de saúde da Clínica da Família de uma Região Administrativa (RA) do Distrito Federal, e com sete (7) usuárias que realizaram o acompanhamento do pré-natal nesta instituição dentro do período dos últimos três anos. Com a análise das entrevistas foi possível perceber que a APS e o pré-natal auxiliam no processo de identificação da violência obstétrica e na prevenção da mesma. Verificou-se ainda a importância da capacitação dos profissionais de saúde e da melhoria do espaço físico das instituições para o enfrentamento desta violência. Percebeu-se também a influência do racismo institucional na violência obstétrica e a dificuldade dos profissionais abordarem a questão racial e conhecê-la enquanto componente desta violência. Pretende-se com este trabalho, contribuir com a produção científica do Serviço Social abordando temas referentes à política de saúde, mais especificamente à Atenção Primária à Saúde (APS), relacionada à questão de gênero e raça.

Palavras-chaves: Gênero; Raça; Maternidade; Violência Obstétrica; Racismo Institucional; Atenção Primária; Pré-Natal.

Abstract

The present study aimed at analyzing how Primary Health Care (PHC) contributes to the prevention of obstetric violence in black women, through the monitoring of prenatal care. To this end, it was considered, on these subjects, the perception of health professionals and users who went through prenatal and delivery. Qualitative research was adopted as a methodological approach, through a bibliographic research based on the following key categories: gender, race and maternity, Primary Health Care (PHC) and prenatal care, obstetric violence and institutional racism. Concomitant to the bibliographical research, semi-structured interviews were conducted with seven health professionals from the "Clínica da Família" of an Administrative Region (AR) of the Federal District, and with seven users who underwent prenatal follow-up at this institution within the period of the last three years. With the analysis of the interviews, it was possible to perceive that PHC and prenatal care assist in the process of identifying and preventing obstetric violence, besides the importance of the training of health professionals and the improvement of the physical space of the institutions to face this violence. The influence of institutional racism on obstetric violence and the difficulty of professionals to address the racial question and to know it as a component of this violence was also perceived. The aim of this work is to contribute to the scientific production of Social Service by addressing issues related to health policy, more specifically Primary Health Care (PHC), related to gender and race.

Keywords: Gender; Race; Maternity; Obstetric Violence; Institutional Racism; Primary Health; Prenatal.

Lista de siglas e abreviaturas

| | |
|---------|---|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| AIS | Ações Integradas de Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CF | Clínica da Família |
| CIPD | Conferência Internacional de População e Desenvolvimento |
| CMDS | Cúpula Mundial de Desenvolvimento Social |
| CMM | Conferência Mundial sobre a Mulher |
| CNDSS | Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde |
| DIEESE | Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômico |
| DDS | Determinantes Sociais de Saúde |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| FIOCRUZ | Fundação Oswaldo Cruz |
| FNEDH | Fórum Nacional de Educação em Direitos Humanos |
| HRSAM | Hospital Regional de Samambaia |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia Estatística |
| IPEA | Instituto de Pesquisa Econômica |
| MPF | Ministério Público Federal |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PNH | Política Nacional de Humanização |
| RA | Região Administrativa |
| SEPPIR | Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial |
| SESDF | Secretaria de Saúde do Distrito Federal |
| SESP | Fundação Serviço Especial de Saúde Pública |
| SUDS | Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UNICEF | Fundo das Nações Unidas para a Infância |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |

Sumário

| | |
|---|----|
| Introdução..... | 11 |
| Procedimentos metodológicos..... | 12 |
| Capítulo 1 - A construção da maternidade a partir da perspectiva de gênero | 15 |
| 1.1 Construção de gênero e papéis atribuídos à mulher | 15 |
| 1.2 Violência de gênero | 17 |
| 1.3 Direitos reprodutivos | 19 |
| 1.4 Gênero e maternidade | 21 |
| 1.5 Gênero e raça – Mulheres negras | 23 |
| Capítulo 2. Atenção primária à saúde e o pré-natal: proteção à saúde de mulheres negras gestantes | 26 |
| 2.1 Sistema Único de Saúde (SUS): breve contextualização | 26 |
| 2.1.1 Atenção Primária à Saúde (APS) | 28 |
| 2.1.2 Atenção ao pré-natal | 31 |
| 2.2 História do parto e do nascimento | 33 |
| 2.3 Violência obstétrica | 35 |
| 2.4 Racismo institucional | 39 |
| 2.5 Mulheres negras gestantes – Racismo institucional e Violência obstétrica | 42 |
| Capítulo 3. Influência do racismo institucional na violência obstétrica e o papel da APS em preveni-la: Percepção de profissionais e usuárias | 44 |
| 3.1 Percepção dos profissionais de saúde da Atenção Primária sobre violência obstétrica e racismo institucional | 51 |
| Considerações Finais | 61 |
| Anexos | 63 |
| Anexo I | 68 |
| Anexo II | 69 |
| Anexo III | 70 |

Introdução

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) analisou de que maneira a Atenção Primária à Saúde (APS) contribui para a prevenção da violência obstétrica em mulheres negras, por meio do acompanhamento do pré-natal. Para tal, foi considerada a percepção de profissionais de saúde e das usuárias que passaram pelo pré-natal e pelo parto.

A violência obstétrica gera sofrimento físico, psicológico e/ou a morte de várias mulheres gestantes que buscam atendimento em instituições de saúde, seja no pré-natal ou no parto. Essa questão encontra-se estritamente relacionada às questões de gênero e a hierarquização de poder entre homens e mulheres.

O racismo institucional somado à violência obstétrica é a causa de grande parte da mortalidade materna de mulheres negras no Brasil, resultado da negligência nos atendimentos nas instituições de saúde de baixa, média e/ou alta complexidade.

O trabalho foi elaborado com o intuito de refletir sobre esta violência a partir da perspectiva do serviço social, analisando de que maneira a atenção primária à saúde contribui para a prevenção da violência obstétrica em mulheres negras, considerando a percepção das usuárias e dos profissionais de saúde.

Para a elaboração do trabalho realizou-se um levantamento bibliográfico acerca das questões de gênero e maternidade, da Atenção Primária à Saúde (APS) e do pré-natal; da violência obstétrica e do racismo institucional para a melhor compreensão e consistência do tema abordado.

Foi utilizada a metodologia qualitativa, onde realizou-se entrevistas semiestruturadas com usuárias e profissionais da área da saúde na Clínica da Família de uma Região Administrativa (RA) do Distrito Federal. Todos os princípios éticos previstos foram garantidos.

Este trabalho está estruturado em três capítulos: o primeiro aborda a contextualização das questões de gênero e construção da maternidade; o segundo discute o papel da APS e do acompanhamento do pré-natal em prevenir a violência obstétrica em mulheres negras, trazendo os conceitos de racismo institucional e violência obstétrica, e por fim, o terceiro capítulo trata da análise dos dados coletados a partir das entrevistas com as usuárias e com os profissionais.

Pretende-se com este trabalho contribuir com a produção científica do Serviço Social, abordando temas referentes à política de saúde, mais especificamente à Atenção Primária à Saúde (APS), relacionada à questão de gênero e raça, considerando os altos índices de violência e de mortalidade de mulheres negras por negligência por parte do Estado e dos profissionais de saúde.

Espera-se também ampliar as produções acadêmicas e científicas relacionadas à questão racial no curso de serviço social, considerando que estas ainda são escassas e encontram-se em construção.

Procedimentos metodológicos

Para a realização da pesquisa, foi utilizada a metodologia qualitativa, que, segundo Minayo (2012), se estrutura a partir dos verbos compreender e interpretar, e *“tem como matéria prima opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade”* (MINAYO, 2012: 626). Assim, a análise qualitativa busca aprofundar-se na complexidade dos fatos e fenômenos presentes no tema a ser pesquisado.

A pesquisa foi dividida em três etapas, na qual a primeira parte consistiu no levantamento bibliográfico referentes aos temas chaves da investigação relacionados à questão de gênero, raça e maternidade, à Atenção Primária à Saúde (APS) e ao pré-natal, à violência obstétrica e ao racismo institucional.

A segunda etapa referiu-se à coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas com profissionais de uma instituição de saúde. Esta etapa foi realizada em uma Região Administrativa (RA) do Distrito Federal, que não será identificada para assegurar os critérios éticos garantidos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo), assinado pelas/os participantes. Ou seja, o anonimato, confidencialidade e não identificação dos entrevistados.

A instituição de saúde onde fora realizada parte da coleta de dados trata-se de uma Clínica da Família (CF), instituição de Atenção Primária à Saúde (APS) onde é realizado acompanhamento médico por meio de consultas — clínica médica, ginecologia, pediatria, odontologia, nutrição, fisioterapia e fonoaudiologia —, e de exames, além da entrega de medicamentos e aplicações de vacinas. Além desses atendimentos, são realizados programas voltados para diabetes, hipertensão, planejamento familiar, pré-natal, crescimento e desenvolvimento de crianças, e tabagismo (SESDF, 2016).

Segundo a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SESDF), a Clínica da Família possui seis equipes do Programa Saúde da Família (PSF), cada uma composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, além do Núcleo de Apoio à Família (NASF), composto por uma assistente social, uma fonoaudióloga e uma fisioterapeuta.

Antes de serem realizadas as entrevistas, foi solicitada autorização da coordenadora da instituição. Após a autorização ser confirmada, iniciou-se o processo de

convite aos profissionais da CF e verificação de disponibilidade para participar da pesquisa. Em alguns casos a entrevista ocorreu já no primeiro contato com o profissional, outras foram agendadas previamente. Todas as entrevistas foram realizadas no mês de setembro de 2016.

Para a realização das entrevistas com os profissionais, foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturado (anexo) com perguntas que atenderam o propósito da pesquisa. Essas perguntas abriram a possibilidade de acrescentar novas questões que foram pertinentes durante o diálogo com os entrevistados, além de ter sido possível obter colocações individuais sobre o tema abordado. (FLICK, 2013)

O roteiro de entrevista foi composto por doze questões norteadoras sobre o atendimento prestado às usuárias gestantes, relacionado com os temas violência obstétrica e racismo institucional. As entrevistas foram gravadas por meio de gravador de voz, após autorização dos entrevistados, e posteriormente transcritas e analisadas à luz do conteúdo bibliográfico utilizado na primeira etapa.

Dos dez profissionais convidados, sete aceitaram participar da pesquisa e foram entrevistados. Sendo eles: três médicos – um de família e comunidade, um pediatra e um ginecologista obstetra –, dois enfermeiros, uma assistente social e uma agente comunitária de saúde.

A fim de garantir os critérios éticos e preservar o sigilo das informações, nenhum dado pessoal dos profissionais será divulgado. Para isso, quando houver citações de falas no decorrer do trabalho, serão utilizadas siglas para designar a autoria. A letra “E” designará que a fala é de um entrevistado e será seguida por um número de 1 a 7, correspondendo à ordem cronológica das entrevistas, além das iniciais das profissões de cada entrevistada/o, sendo elas: “en” (enfermeiro), “me” (médico de família), “ob” (obstetra), “pe” (pediatra), “as” (assistente social) e “ac” (agente comunitário de saúde).

A terceira etapa constituiu-se na coleta de dados por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado (anexo) com usuárias do serviço de saúde prestado na mesma instituição onde os profissionais entrevistados atuam. As usuárias realizaram o acompanhamento do pré-natal na CF nos últimos três anos. Todas tiveram, no mínimo, uma gestação e passaram pelo procedimento do parto. Esse quesito foi importante para que os dados coletados fossem coerentes aos temas buscados no levantamento bibliográfico.

Foram contatadas dez usuárias e sete aceitaram participar da pesquisa e foram entrevistadas. Todas as usuárias residem próximas à instituição citada. O contato com as usuárias ocorreu sem intermédio da instituição, tendo sido as entrevistas realizadas na própria residência de cada uma das entrevistadas.

O roteiro de entrevista foi composto por 17 questões norteadoras. As primeiras questões referiram-se aos dados das entrevistadas, incluindo os quesitos raça/cor, idade e escolaridade. As demais questões foram relacionadas à percepção sobre os atendimentos recebidos no pré-natal e no parto e acerca da violência obstétrica. As entrevistas duraram em média 10 minutos.

Adotou-se procedimento semelhante aos dos profissionais, ou seja, nenhum dado das usuárias será divulgado para que seja preservado o sigilo das informações. Portanto, quando houver citações ao longo do trabalho, serão utilizadas siglas para designar a autoria das falas, a partir da seguinte lógica: “U” designará que a fala é de uma usuária entrevistada, sendo a vogal seguida por um número de 1 a 7, correspondendo à ordem cronológica das entrevistas.

As entrevistas foram gravadas por meio de gravador de voz, transcritas e analisadas sendo relacionadas ao conteúdo bibliográfico que norteou a pesquisa. Todas as participantes foram previamente esclarecidas sobre o objetivo da pesquisa e autorizaram o gravação da entrevista. Todas receberam e assinaram o TCLE, no qual foi disponibilizada uma cópia com as informações necessárias sobre a pesquisa, bem como o contato da entrevistadora.

Capítulo 1 - A construção da maternidade a partir da perspectiva de gênero

*“E cê não entendeu o que significa feminista
Esquento a barriga no fogão, esfrio na bacia
Cuido do filho do patrão, minha filha tá sozinha.
A mão tá no trampo, a mente tá na filha.”
Antiga Poesia, Ellen Oléria.*

1.1 Construção de gênero e papéis atribuídos à mulher

O termo gênero, apesar de muito utilizado em produções e debates acerca das condições das mulheres na sociedade, trata da construção histórica e sociocultural não apenas do feminino, mas também do masculino. Segundo a autora Souto (2008):

Gênero não é sinônimo de mulher. O conceito engloba os homens e as mulheres, e deve ser usado não apenas como categoria de análise, mas nas suas dimensões histórica, cultural e social para refletir e pensar as relações entre os gêneros na sociedade em um dado momento histórico. (SOUTO, 2008: 168)

Usa-se gênero quando as condições e relações das mulheres e dos homens são analisadas a partir de um contexto sociocultural e histórico, a fim de questionar os papéis atribuídos e desenvolvidos por cada um, tendo como parâmetro o seu sexo biológico.

A categoria gênero permite compreender as diferenças do feminino e do masculino, não apenas por meio das determinações biológicas, como pensado no século XIX, mas também, e principalmente, a partir de experiências históricas e sociais (RAGO, 1998).

Outra característica importante do gênero é o questionamento da dominação masculina e da naturalização desta, de maneira que toda prática dominante do homem na sociedade é compreendida como única, verdadeira e inquestionável, enquanto a mulher segue com a invisibilidade social.

A desigualdade de gênero nasce e perpetua em nossa sociedade a partir da polarização entre o dito feminino e masculino, quando são construídos e atribuídos papéis direcionados aos homens e às mulheres por meio do patriarcalismo. Este, por sua vez, visa a hierarquização e o controle do homem sobre a mulher, pautado em questões biológicas, ideológicas, sociais e culturais.

Patriarcalismo pode ser definido como uma estrutura sobre as quais se assentam todas as sociedades contemporâneas. É caracterizado por uma autoridade imposta institucionalmente, do homem sobre mulheres e filhos no ambiente familiar, permeando toda organização da sociedade, da produção e do consumo, da política, à legislação e à cultura. Nesse sentido, o patriarcado funda a estrutura da sociedade e recebe reforço institucional,

nesse contexto, relacionamentos interpessoais e personalidade, são marcados pela dominação e violência. (BARRETO, 2011: 64)

A autora Saffioti em seu livro “Gênero, patriarcado, violência” relata que “as desigualdades atuais entre homens e mulheres são resquícios de um patriarcado não mais existente” (2011: 45). Quando a autora fala sobre um patriarcado não mais existente, ela faz menção a um patriarcado enquanto fenômeno social em constante transformação. Assim, as desigualdades de gênero existentes atualmente em nossa sociedade foram geradas por um patriarcado que hoje se expressa de forma diferenciada.

Essas desigualdades refletem em diversos âmbitos da vida cotidiana, como trabalho, ambiente familiar e doméstico, afetividade e sexualidade, em que o homem exerce o papel de dominador ocupando espaços de poder e privilégios, enquanto a mulher é oprimida, explorada e excluída de lugares pertencentes à esfera pública.

As relações de poder inerentes ao patriarcado perpassam as esferas sociais, econômicas, políticas e sexuais. Desta maneira, reafirmam de forma naturalizada a submissão da mulher diante do homem através dos papéis sociais que lhe são atribuídos.

É um equívoco considerar tais papéis como advindos da natureza, uma vez que foram historicamente construídos. A partir do mito judaico-cristão¹, papéis ligados às condições de gênero são até hoje perpetuados em nossa sociedade. Estes papéis dizem respeito à esfera pública, majoritariamente ocupada e exercida por homens, e à esfera privada que é, em sua maioria, ocupada e exercida por mulheres (PORTO, 2011).

À esfera pública pertencem questões políticas e econômicas, que foram atribuídas ao homem, já que a ele foi concedido o poder de dominação e exploração. Já a esfera privada, destinada às mulheres, envolve questões familiares e domésticas, como o cuidado com a casa, com o marido e com filhos e filhas.

Os papéis sociais destinados às mulheres pressupõem o argumento da feminilidade, em que é necessário que elas sejam delicadas, retraídas e cuidadosas consigo mesmas e com o outro, sendo responsáveis pelo trabalho reprodutivo, pelo prazer do homem e pela procriação.

O trabalho reprodutivo, ou seja, as tarefas de reprodução social não remuneradas, como o trabalho doméstico (cuidados com a casa, com filhas/os), é majoritariamente realizado por mulheres. Isso, conseqüentemente, agrega uma carga elevada de trabalho e ocupa parte significativa do seu tempo (CASTILHO; MELO, 2009).

¹ Livro de gêneses da bíblia acerca da criação do homem e da mulher e do pecado cometido por Eva. (Gêneses 1-3)

² Casamento enquanto instituição social regida pelo Estado e pela igreja.

O trabalho doméstico, fruto das desigualdades de gênero, é de extrema importância para o desenvolvimento da sociedade. Ainda assim, é invisibilizado e desvalorizado por ser considerado inerente à vivência da mulher, que, quando não o realiza, recebe o estereótipo de desleixada e não cuidadosa.

Nesta condição, coloca-se o homem como o que ajuda e oferece apoio à mulher nas atividades domésticas e nos cuidados com filhas/os. Dessa forma, mesmo que as atividades não sejam distribuídas igualmente e a mulher permaneça realizando a maior parte das tarefas, a figura masculina ganha destaque e mérito por realizar uma atividade que não pertence a seu rol de afazeres, fazendo-a assim por bondade.

[...] considerar o lugar do homem na esfera da reprodução apenas como auxiliar da mulher resultava pouco eficaz, à medida que se perde a dimensão relacional deste processo. Neste sentido a perspectiva de gênero terminou por ser fundamental. (SIQUEIRA, 2000: 163)

A reflexão realizada acerca das desigualdades de gênero construídas socialmente é pertinente para iniciar o debate sobre violência obstétrica. Através dela, compreendemos que esta é legitimada no âmbito de tais desigualdades, quando mulheres *"desrespeitadas, maltratadas e até machucadas durante o processo de dar à luz no meio hospitalar têm seus corpos invadidos e manipulados pela técnica de uma ciência que em nome da vida e do bem estar naturaliza sua dor e o sofrimento."* (PORTO, 2011: 64).

1.2 Violência de gênero

A desigualdade de gênero tem como um dos resultados a violência. Não poderia ser diferente quando se atribui um papel de dominador para um grupo e de dominado/submisso para outro. É por intermédio desta desigualdade que a violência contra a mulher é, em sua maioria, vista e aceita como natural.

[...] a distribuição social da violência reflete a tradicional divisão dos espaços: o homem é vítima da violência na esfera pública, e a violência contra a mulher é perpetuada no âmbito doméstico, onde o agressor é, mais frequentemente, o próprio parceiro. (GIFFIN, 1994: 146)

Importante ressaltar, antes de dar continuidade à reflexão sobre violência de gênero, o que a autora Saffioti (2011) observa:

[...] gênero concerne, preferencialmente, às relações homem–mulher. Isto não significa que uma relação de violência entre dois homens ou entre duas mulheres não possa figurar sob a rubrica de violência de gênero. [...] Fica, assim, patenteado que a violência de gênero pode ser perpetrada por um homem contra outro, por uma mulher contra outra. Todavia, o vetor mais amplamente difundido da violência de gênero caminha no sentido homem contra mulher, tendo a falocracia como caldo de cultura. (SAFFIOTI, 2011: 71)

A violência contra a mulher ocorre de maneira física, psicológica e/ou verbal. Pode, assim, se perpetuar em diferentes espaços, sendo o mais comum o privado, ou seja, o ambiente doméstico (CORTEZ; SOUZA; QUEIRÓZ, 2010).

Quando os papéis sociais da dita masculinidade são associados ao poder, controle e dominação, e o da dita feminilidade são ligados à fragilidade, submissão e passividade, a violência do homem contra a mulher encontra formas de se legitimar e justificar a ponto de parecer natural.

O comportamento agressivo do homem é entendido como parte de seu instinto que, quando provocado e despertado, não pode ser controlado. Este argumento transfere a culpa para a mulher vítima de violência física, verbal e/ou sexual (GIFFIN, 1994).

Se uma mulher foi agredida pelo companheiro, por exemplo, logo questiona-se a fidelidade e o comportamento dela. Se foi vítima de violência sexual, os primeiros apontamentos são sobre a roupa, o local e a hora em que a mesma se encontrava. E, por essa lógica sexista, transforma-se a vítima em ré (SAFFIOTI, 2004).

No que diz respeito à sexualidade, na ótica sexista e machista, o homem recebe o papel de ativo. Consequentemente, a mulher deve manter-se passiva e reprimir seus desejos e não desejos no sexo – estando, mais uma vez, passível à violência.

Compreende-se, portanto, que a violência age por meio da transformação das diferenças em desigualdades hierárquicas. O ser dominado (a mulher neste contexto) não é tratado como sujeito, mas sim como objeto, sendo silenciado e tornando-se dependente e passivo (SANTOS; IZUMINO *apud* CHAUÍ, 2005).

Os espaços onde esta violência ocorre, como citado anteriormente, são diversos e podem ser divididos entre público e privado. A maneira como essa violência se expressa também é diversificada, podendo variar a partir do nível de conhecimento e intimidade dos envolvidos e da fase em que a violência se encontra.

A cartilha “Protegendo as mulheres da violência doméstica”, elaborada pelo Fórum Nacional de Educação em Direitos Humanos (FNEDH, 2006), descreve o ciclo da violência contra a mulher, mais especificamente no espaço privado/doméstico, em três fases, sendo elas:

“A criação da tensão”, como primeira fase, quando podem ocorrer incidentes como “agressões verbais, crises de ciúmes, ameaças, destruição de objetos, xingamentos, crítica constante, humilhação psicológica, e pequenos incidentes de agressão física.” (FNEDH, 2006: 7).

No “ato de violência”, posto como segunda fase, a mulher permanece sendo agredida (física e/ou verbalmente). Desta vez, porém, tende a negar a “seriedade dos

danos que sofreu para acalmar o agressor”, a fim de garantir o término da fase atual (FNEDH, 2006: 7).

A terceira e última fase, caracterizada como “amorosa, tranquila”, ocorre quando “o agressor mostra-se arrependido com o comportamento que teve e age de forma humilde e amorosa, procurando se desculpar”. Cria-se, assim, uma relação de dependência, na qual a mulher se sente responsável pelo homem, gerando tensões que podem incidir no retorno da primeira fase (FNEDH, 2006: 7).

Restringir a violência contra a mulher à violência doméstica e identificá-la apenas quando expressada por meio de agressões físicas é frequente no senso comum. Porém, ela pode ocorrer em qualquer nível, sem seguir necessariamente a ordem de um ciclo, em qualquer lugar, e sem que o agressor e a vítima tenham algum tipo de relação, necessariamente.

Por tais questões, tratamos aqui da violência de gênero compreendendo sua estrutura histórica e social. O objetivo é abranger e questionar todos os tipos de violência contra a mulher enquanto consequência das desigualdades de gênero reforçadas pelo patriarcalismo.

1.3 Direitos reprodutivos

A luta contra o patriarcado e por direito ao corpo torna-se pauta do movimento feminista em sua segunda onda, que ocorre na primeira metade do século XX. Nesse momento, as mulheres questionam a influência e o controle do patriarcado sobre seus corpos e, conseqüentemente, sobre sua sexualidade (FRASER, 2009).

A sexualidade, mesmo estando relacionada à esfera privada, historicamente fora censurada às mulheres, que são vistas e tratadas como objetos de prazer masculino e de perpetuação da espécie humana. Não podendo decidir sobre o próprio corpo, as mulheres são frequentemente violentadas e cerceadas quanto ao desejo ou não desejo pela gravidez (ÁVILA, 2003).

As manifestações por direitos sexuais e reprodutivos surgem para confrontar e questionar a maneira como as mulheres são objetificadas pelo desejo masculino e destinadas apenas à procriação por meio da maternidade. Para tal, foram pensadas medidas que oferecessem às mulheres a capacidade de opinar e escolher se querem e quando querem ter relações sexuais – e se e quando desejam engravidar.

Com a participação dos movimentos sociais nos espaços públicos, em especial o movimento feminista, no fim dos anos 70 e início dos anos 80, a pauta sobre

saúde e direitos reprodutivos começa a ganhar visibilidade. Paralelo a isso, aumentava também a participação das mulheres nos parlamentos em diversos países.

Durante os processos de democratização, que se estendem ao longo da década de 80 e início dos anos 90, ocorrem as primeiras experiências de elaboração de políticas públicas com perspectiva de gênero, bem como o crescimento da presença da mulher no Legislativo e em cargos do Executivo. [...] Até 1990, apenas 82 mulheres tiveram assento no Legislativo federal, ao passo que 5.062 homens se elegeram. Mais da metade das mulheres (52) foi eleita entre o final da década de 80 e início dos anos 90, coincidindo com a visibilidade das questões de gênero trazidas para o cenário político do país pelo feminismo. É interessante recordar que, no Brasil, o grande salto em termos de participação da mulher no Congresso Nacional ocorreu nas eleições de 1986. O movimento de mulheres mostrava-se sumamente vigoroso e o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e conselhos estaduais lançaram a campanha 'Constituinte para valer tem que ter palavra de mulher. (PITANGUY, 1999: 22)

Segundo a autora Corrêa (1999), termos como saúde reprodutiva, gênero e sexualidade, eram utilizados apenas nos campos acadêmicos e nos movimentos sociais,. Os acontecimentos citados acima, no entanto, influenciaram na utilização desses em outros espaços. A autora destaca programas de ação, como a “*Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), no Cairo, em 1994; da Cúpula Mundial de Desenvolvimento Social (CMDs), em Copenhague, 1995; e da IV Conferência Mundial sobre a Mulher (CMM), em Pequim, 1995.*” (CORRÊA, 1999: 39).

Mesmo sendo debatidos em instâncias públicas, a saúde e os direitos reprodutivos eram – e ainda são – tratados como tabu. Este viés se apresenta não apenas no senso comum, mas também nos âmbitos de instituições de poder, como a igreja, o jurídico e o médico/hospitalar, gerando grande influência e controle sobre os corpos femininos.

Também na área dos direitos reprodutivos e sexualidade, os projetos de lei sobre a descriminalização do aborto, ampliação de seus permissivos ou regulamentação do exercício do direito ao abortamento legal previsto no Código Penal encontram uma enorme dificuldade de caminhar para debate e aprovação - por força, particularmente, da ainda importante pressão da Igreja Católica sobre o Estado brasileiro no que se refere à sexualidade e à reprodução. (BARSET, 1999: 63)

Assim como as demais questões de gênero, o direito sexual e reprodutivo da mulher é regido a partir de um padrão de moralidade. Este padrão advém do patriarcalismo e da heteronormatividade e visa relações heterossexuais como padrão hegemônico, reduzindo a sexualidade ao modelo de sexo-procriação (ÁVILA, 2003).

Após historicizar o processo do surgimento e reconhecimento dos direitos reprodutivos, é importante compreender seu conceito e objetivo, aqui a partir da perspectiva feminista, segundo a autora Ávila (2003):

[...] os direitos reprodutivos dizem respeito à igualdade e à liberdade na esfera da vida reprodutiva. Os direitos sexuais dizem respeito à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade. O que significa tratar sexualidade e reprodução como dimensões da cidadania e consequentemente da vida democrática. (ÁVILA, 2003: 466)

Outro ponto importante a ser problematizado, diz respeito à exclusão dos homens da responsabilidade da saúde e dos direitos reprodutivos. O papel de se proteger a partir de métodos contraceptivos e de arcar com as possíveis consequências da relação sexual torna-se responsabilidade da mulher, enquanto o homem preocupa-se, mais uma vez, com seu prazer.

Além da importante busca pela igualdade de gênero, de forma que as mulheres não sejam culpabilizadas e responsabilizadas pelo exercício de sua sexualidade e as suas consequências, incluir os homens na responsabilidade e nos papéis de cuidado dos direitos reprodutivos também consiste nos cuidados da saúde do homem sem a presença de tabus criados pelo ideal de masculinidade.

Entende-se, portanto, que os direitos reprodutivos pertencem não apenas à esfera privada, mas também à esfera pública, sendo deste modo parte dos direitos humanos com caráter democrático. *“Nesse sentido, a implementação dos direitos sexuais e reprodutivos deve levar em consideração as perspectivas de gênero, classe, raça, etnia e idade, dentre outras, considerando a universalidade e a indivisibilidade dos direitos humanos.”* (PLOVESAN, 2009: 1).

1.4 Gênero e maternidade

Antes do debate acerca da maternidade, abordaremos questões sobre o processo de gestação e as implicações deste na vida das mulheres, considerando as desigualdades de gênero.

A gestação, assim como diversas questões relacionadas ao corpo da mulher, é moldada por tabus, equívocos e controle. Entendida exclusivamente como consequência do ato sexual, do contato íntimo com um homem, a gestação pode ser interpretada de diferentes maneiras, a depender da realidade vivida pela mulher.

[...] estes modelos desenham a gravidez como o sinal do desejo sexual do homem. Um desejo que adere ao corpo feminino e o marca. As transformações que a gravidez traz ao corpo da mulher projetam esse desejo no plano das relações sociais. O ventre que se dilata o informa ao mundo. O ser que está sendo gerado é percebido como o fruto do desejo masculino. (PORTO, 2011: 58)

A gravidez, bem como boa parte do que é executado pela mulher, é validada a partir da presença física do homem. O cenário ideal, na interpretação sexista, para o acontecimento de uma gestação é o casamento² heteronormativo e pertencente à classe média alta. Uma mulher casada (acompanhada/validada pela presença de um homem), privilegiada pela condição de classe, podendo assim fazer uso de todo e qualquer método contraceptivo a fim de planejar o momento que deseja engravidar, faz parte do padrão de gestação aceito, ainda que com ressalvas, pela sociedade patriarcal.

Mulheres que fogem deste padrão, como mulheres pobres e, majoritariamente negras, mesmo casadas, quando engravidam são vistas de modo negativo e questionadas quanto ao planejamento familiar. O posicionamento da sociedade é que estão gerando um ser não tão desejado e bem-vindo: uma criança pobre e, possivelmente, negra.

Vários outros tipos de gestação são encarados de modo negativo, tendo como ponto de partida a figura da mulher subjugada: a mulher solteira (abandonada pelo companheiro, ou que fez uso de inseminação artificial); a mulher lésbica; a mulher que expressa o não desejo pela gravidez; a mulher que foi violentada sexualmente; entre várias outras mulheres que carregam consigo uma gravidez não bem-vinda pelo padrão sexista e machista.

Na medida em que a família é identificada como a principal instituição social que organiza as relações sexuais entre os gêneros, o controle social é visto como atuando diretamente sobre o corpo das mulheres, cuja identidade principal é a de mãe, e cuja sexualidade é socialmente aceita somente na reprodução de filhos legítimos. (GIFFIN, 1994: 150)

O estereótipo mais marcante posto sob as mulheres é o da figura materna, que não necessariamente tem como pré-requisito a maternidade; apenas a possibilidade da reprodução, enquanto fêmea, já é suficiente para a atuação dos sistemas de opressão, como o patriarcado e, conseqüentemente, o capitalismo, que se apropriam e designam às mulheres os papéis de cuidado.

Esta mulher que já carregava o estereótipo da figura materna, acompanhado da ideia de que a servidão e o cuidado são inerentes ao sexo feminino, quando se transforma em mãe de fato, principalmente por meio do ato de dar à luz, como almeja a cultura patriarcal, torna-se responsável também pela criação e cuidado das/os filhas/os. Tem ainda sobre si a expectativa do amor incondicional à cria.

A romantização da maternidade, através da idealização do amor materno, gera sobre a mulher uma cobrança que, por não considerar a realidade social, econômica e psíquica da mulher, não pode ser cumprida, criando assim um ciclo de culpabilização. A

² Casamento enquanto instituição social regida pelo Estado e pela igreja.

mulher falha ao não cumprir essa expectativa da sociedade e é então subjugada e tratada como um projeto fracassado de mãe.

O modelo de mãe, amorosa e perfeita, regulado pelo sentimento de culpa, desenha a mulher como alguém capaz de qualquer sacrifício pelo bem-estar do filho e da família. Alguém que só existe pela/para a função materna. O mal-estar diante da própria inadequação ao modelo, manifesto pela culpa, é o principal mecanismo de controle do comportamento materno. (PORTO, 2011: 61)

O homem, ocupando os lugares e funções públicas, se torna concentrador de bens materiais. Recebendo, desta maneira, o papel de provedor e, por meio da figura idealizada da masculinidade, o papel de protetor. É, assim, isento do papel de cuidado e também da doação de amor exigido das mulheres (GIFFIN, 1994).

Nesta lógica, as mães são vistas como as que naturalmente criam e cuidam das/os filhas/os, enquanto o papel a presença do pai é substituível nesta função. (SIQUEIRA, 2000)

Os papéis destinados à maternidade e à paternidade, além de serem opostamente diferentes são também contraditórios na ótica do patriarcado: enquanto a mãe tem a obrigação pelo cuidado, pelo amor e doação incondicional, é a presença do pai que dignifica a existência da maternidade e da criança gerada, apesar de ser isento de tais obrigações. (SILVA, 2012)

1.5 Gênero e raça - Mulheres negras

Referenciar a história de mulheres negras a partir da relação de gênero e raça é de suma importância para compreender a produção e reprodução das desigualdades em diversos âmbitos. Destacamos aqui, portanto, o processo do feminismo negro e a luta dessas mulheres contra uma dupla/tripla opressão.

Compreendendo a situação de opressão gerada pelo sistema patriarcal em que as mulheres estão submetidas, nota-se que a violência contra a mulher negra ainda é amplificada por mais um fator. Além – e antes – de ser vítima do sexismo e do machismo, é também vítima do racismo.

Para referenciar a situação das mulheres negras, faz-se o uso da articulação de gênero e raça a partir do conceito de interseccionalidade:

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições

relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento. (CRENSHAW, 2002: 117)

O racismo é sustentado pelo estereótipo que funciona como um "carimbo", em que determinado grupo possuidor de uma característica (pessoas negras, nesse contexto) passa a ser julgado a partir desta marca que lhe foi atribuída.

O racismo é, por sua vez, uma ideologia que fundamenta a existência de raças biológicas diferentes e hierarquizadas entre superiores (brancas, arianas) e inferiores (semitas, negras, indígenas). [...] O racismo é uma forma de expressão do imperialismo, colonialismo e nacionalismo. Consolida-se no processo de expansão e exploração europeia de outros continentes onde os povos colonizados (africanos, ameríndios, asiáticos, entre outros) ou discriminados em territórios nacionais europeus, como os judeus, passam a ser vistos como pertencentes a raças inferiores e indesejadas. (UNIAFRO, 2015: 3)

O racismo perpassa por dois âmbitos: o do preconceito racial, que está situado no campo da subjetividade, não sendo exteriorizado por meio de condutas, mas sim por percepções e representações culturais; e o da discriminação racial que se trata de atos que interferem e/ou violam direitos (JACCOUD, 2008).

Com o período de escravidão, as mulheres negras eram obrigadas a servir não apenas por serem mulheres, mas também, e principalmente, por serem negras. Serviam a homens, mulheres e crianças brancas – e muitas vezes ainda mantinham a submissão a seu companheiro negro e cumpriam o papel de cuidar das filhas e filhos.

O sexismo e o racismo atuando juntos perpetuam uma iconografia de representação da negra que imprime na consciência cultural coletiva a ideia de que ela está neste planeta principalmente para servir aos outros. Desde a escravidão até hoje o corpo da negra tem sido visto pelos ocidentais como o símbolo quintessencial de uma presença feminina natural orgânica mais próxima da natureza animalística e primitiva. (HOOKS, 1995: 468)

Às mulheres foram atribuídos os papéis de submissão e cuidado doméstico e com os filhos. As mulheres brancas, porém, conseguiram pouco a pouco reivindicar o rompimento desse padrão, por intermédio da luta do feminismo. Hoje, são maioria (em relação às mulheres negras) em cargos e funções que não estão necessariamente relacionadas com o papel de gênero imposto. Já as mulheres negras foram impedidas de ocuparem também esses espaços de reivindicação, e, por conseguinte, permanecem ainda hoje sendo maioria nos trabalhos domésticos e serviços de limpeza. (LIMA et al, 2013)

As mulheres, especialmente as negras, estão mais concentradas no setor de serviços sociais (cerca de 34% da mão de obra feminina), grupo que abarca os serviços de cuidado em sentido amplo (educação, saúde, serviços sociais e domésticos). (IPEA, 2011: 27)

As consequências dessa opressão em que as mulheres negras vivem por séculos são inúmeras. Entre elas, destaca-se o fato de ocuparem uma parte significativa da camada de classes baixas, o que gera outro estereótipo e mais um tipo de opressão posto sobre elas. Sobre essa questão, a autora Carneiro (2002) ressalta que:

[...] as múltiplas formas de exclusão social a que as mulheres negras estão submetidas, em consequência da conjugação perversa do racismo e do sexismo, as quais resultam em uma espécie de asfixia social com desdobramentos negativos sobre todas as dimensões da vida. (CARNEIRO, 2012: 210)

O fato das mulheres negras se encontrarem em situações de vulnerabilidades socioeconômicas causa um impacto direto sobre seus corpos e saúde – não apenas física, mas também mental. A partir de uma lógica racista reiterada pelo capitalismo, reafirma-se e legitima-se este lugar de vulnerabilidade ao excluí-las metodicamente do sistema de educação, do mercado de trabalho e dos lugares considerados visíveis pela sociedade.

Além dos papéis de servidão, a escravidão deixou como herança a hipersexualização do corpo da mulher negra. Como afirma Lélia Gonzales (1984), este fenômeno é facilmente perceptível nas festas de carnaval, onde a mulher negra, no papel de passista, torna-se objeto de desejo e fetiche dos olhos masculinos:

Todos sob o comando do ritmo das baterias e do rebolado das mulatas que, dizem alguns, não estão no mapa. “Olha aquele grupo do carro alegórico, ali. Que coxas, rapaz” “Veja aquela passista que vem vindo; que bunda, meu Deus! Olha como ela mexe a barriguinha. Vai ser gostosa assim lá em casa, tesão”. “Elas me deixam louco, bicho”. (GONZALES, 1984: 227)

O corpo da mulher negra, portanto, cumpre as expectativas de fetiches e desejos sexuais. É negado, porém, nas relações afetivas, quando nas classificações de “é pra casar ou é pra pegar”, são majoritariamente postas na segunda opção. Isso ocorre também porque, além da hipersexualização, a mulher negra passa pelo processo de exclusão dos padrões estéticos desejados: pele branca, olhos claros, cabelos lisos.

Se por um lado as mulheres brancas sofrem com o padrão estético cotidianamente reproduzido pela mídia, as mulheres negras são completamente excluídas desse padrão, o que influencia diretamente em sua autoestima desde a infância.

As opressões enfrentadas por mulheres negras são incontáveis e influenciam cotidianamente em suas relações e em seus papéis na sociedade. Buscaremos compreender, principalmente, como o racismo e o sexismo influenciam no atendimento prestado pelas instituições de saúde às mulheres negras e gestantes.

Capítulo 2. Atenção primária à saúde e o pré-natal: proteção à saúde de mulheres negras gestantes

*"Enquanto mulheres convencionais lutam contra o machismo
As negras duelam pra vencer o machismo, o preconceito, o racismo
Lutam pra reverter o processo de aniquilação
Que encarcera afrodescendentes em cubículos na prisão."
Mulheres Negras, Yzalur.*

2.1 Sistema Único de Saúde (SUS): breve contextualização

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em um período de redemocratização do país, significou um grande avanço na política de saúde, além de um marco na garantia de direitos da população. Foi concebido como um sistema público de cobertura universal, visando garantir o acesso à saúde, independente de contribuição previdenciária (MENDES, 2013).

A proposta do SUS está vinculada à uma ideia central: todas as pessoas têm direito à saúde. Esse direito está ligado à condição de cidadania. Não depende do mérito de pagar previdência social (seguro social meritocrático), nem de provar condição de pobreza (assistência do sistema de proteção) nem de poder aquisitivo (mercado capitalista), muito menos de caridade (filantropia). Com base na concepção de seguridade social, o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios. (PAIM, 2015: 28)

A implementação do SUS é resultado da luta e reivindicação do movimento social pela reforma sanitária. É necessário reconhecer a importância de sua implementação para a garantia da saúde como direito básico, imprescindível e universal. É preciso também enxergar as falhas do Estado em sua manutenção – como a falta de investimentos em recursos e profissionais nas instituições – e pensar a organização de novas reivindicações para a melhoria e efetivação do sistema.

Um dos avanços significativos que ocorreu com a criação do SUS, ao se comparar com modelos de atenção à saúde³ anteriores a ele, foi o atendimento mais humanizado voltado para a promoção, proteção e recuperação da saúde da população. Já os modelos anteriores eram focados apenas no processo saúde-doença, limitando-se à assistência médica curativa (PAIM, 2015).

³ Modelo Biomédico estruturado durante o século XIX; Modelo Campanhista no início do século XX; Modelo Previdenciário-Privatista na década de 1920. (FIOCRUZ, 2009)

Tal promoção significa fomentar a saúde e a qualidade de vida de indivíduos e comunidades, articulando-se lado a lado com a educação, lazer, cultura, alimentação e ambiente saudável. Também fazem parte das ações as articulações com a assistência e a previdência social, por meio de ações como campanhas, programas, espaços de discussões, entre outros (BRASIL, 2015).

Já a proteção visa eliminar ou reduzir riscos à saúde com medidas que se articulam com as da promoção da saúde, mas que possuem caráter mais imediatos. Alguns desses exemplos são as vacinas, a distribuição de preservativos, as visitas domiciliares de agentes comunitários de saúde e o saneamento básico (PAIM, 2015).

A prevenção, por fim, diz respeito ao diagnóstico e tratamento de doenças e/ou acidentes, no âmbito da assistência médica ambulatorial, hospitalar e domiciliar. A prevenção ocorre por meio de ações como consultas médicas, exames, medicação e internação (BRASIL, 1990).

Essas medidas abrangem o conceito e a prática de saúde quando criam propostas para além do processo saúde-doença. São, assim, necessárias para tornar o atendimento às demandas da população usuária do SUS mais efetivo e humanizado.

Para que essas três estratégias sejam efetivadas, o atendimento prestado pelo SUS se dá a partir da hierarquização de ações e serviços de saúde. Os níveis de atenção utilizados são: primária (ou básica), secundária e terciária (FIOCRUZ, 2015).

A hierarquização das ações e serviços da saúde é de extrema importância para a organização e funcionalidade dos atendimentos prestados no SUS. Ela ocorre para que sejam definidos os procedimentos que serão realizados em determinadas instituições e os níveis de gravidade e emergência dos mesmos.

Sendo assim, as instituições de Atenção Primária à Saúde (APS) são os postos de saúde e clínicas da família, e são conhecidas como a porta de entrada da saúde, onde são identificadas as demandas por meio do acompanhamento mais próximo das/os usuárias/os, como, por exemplo, por meio de consultas periódicas e visitas domiciliares (BRASIL, 2016).

Neste nível, pelo contato da usuária com a instituição e com os profissionais ocorrer de uma maneira mais próxima, é imprescindível que o atendimento seja de qualidade. É importante a presença de uma atuação interprofissional, em que as demandas captadas sejam além do biológico, ou seja, para que o atendimento não se resuma apenas à doença e à cura dela.

As instituições de Atenção Secundária à Saúde, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), realizam atendimentos de média complexidade e dispõem de mais

recursos tecnológicos. Nesses locais são realizados determinados exames, como radiografias e ultrassonografias (BRASIL, 2016).

As instituições de Atenção Terciária à Saúde, finalmente, são os grandes hospitais e realizam atendimentos de alta complexidade – emergenciais e ambulatoriais (BRASIL, 2016).

Nestes dois últimos níveis, os atendimentos e os serviços prestados ainda são precários. Por se tratar, principalmente, de demandas emergenciais, o controle e a organização torna-se difícil. Considerando que há uma escassez de profissionais e de equipamentos em relação a demanda, ocorre uma dificuldade ainda maior.

Para maior eficácia no atendimento do SUS como um todo, é necessário e interessante que haja articulação e comunicação entre os três níveis de atenção quando necessário. O atendimento humanizado é primordial nos três níveis, preconizando o atendimento de qualidade e a saúde da/o usuária/o.

Focaremos a seguir na atenção primária à saúde, observando a maneira como ela se estrutura e se articula com os outros níveis de atenção à saúde, compreendendo suas ações e competências.

2.1.1 Atenção Primária à Saúde (APS)

O conceito de Atenção Primária à Saúde (APS), segundo a autora Lavras (2011), é utilizado por volta da década de 1920 em diversos países além do Brasil. Sua interpretação, porém, varia de acordo com a organização do sistema de saúde de cada local. A autora destaca o Relatório Dawson, elaborado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido, por ser um dos primeiros documentos a utilizar o conceito a partir da compreensão de uma *"organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida"* (LAVRAS, 2011: 868).

Acerca do desenvolvimento da APS no Brasil, a autora destaca e pontua alguns acontecimentos e iniciativas que ocorreram até o período atual, sendo eles:

O surgimento dos Centros de Saúde Escola nos anos 1920; a criação da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que se destacou nas regiões Norte e Nordeste e foi criado na década de 1940; a expansão dos Centros de Saúde na década de 1960; a medicina comunitária e as *"Ações Integradas de Saúde (AIS), seguidas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), até que em 1988 foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) com a nova Constituição"* (LAVRAS, 2011: 870).

A APS, hoje, é responsável por casos de baixa complexidade, ou seja, é a porta de entrada de usuárias no sistema de saúde. É realizado o atendimento inicial das usuárias,

com o objetivo de prevenir doenças, acompanhar o quadro de vulnerabilidades – não apenas biológicas, mas também socioeconômicas e psicossociais, que podem ser influenciadas pela territorialidade, pela raça/etnia e/ou pelo gênero, entre outros fatores, chamados de determinantes sociais em saúde (UNASUS, 2014).

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. (BUSS; FILHO, 2007:78)

Os DSS são fatores imprescindíveis para o atendimento na saúde, em especial na atenção primária. Possuem, entretanto, alguns desafios e cuidados a serem tomados. Um deles se trata da diferenciação dos determinantes de saúde de grupos/ comunidades e dos indivíduos, uma vez que fatores utilizados como parâmetro para identificar DSS que influenciam a saúde de toda uma população – como questões relacionadas ao clima e às condições físicas (saneamento básico, por exemplo) – não necessariamente explicam fatores relacionados às usuárias enquanto indivíduos – como questões familiares e situações de violência – e vice versa (BUSS; FILHO, 2007).

Os autores Souza, Ericson e a autora Oliveira (2013) fazem uma análise dos DSS, considerando a perspectiva marxista. Eles e ela afirmam que é necessário compreender e considerar que o sistema econômico capitalista vigente sustenta as desigualdades sociais por meio da exploração do homem pelo homem, de uma classe dominante (burguesia) por uma classe dominada (proletariado), refletindo diretamente nas condições de saúde das usuárias.

Um cuidado efetivo das pessoas requer atenção à experiência pessoal do processo de saúde, sofrimento e doença, bem como entendê-las no contexto de vida e sociocultural para chegar a uma abordagem compartilhada com respeito à atenção à saúde. (BRASIL, 2013: 7)

Como já enfatizado, a relação da APS com os DSS é ainda mais constante que nos outros níveis, por possuir um papel que permite maior aproximação e contato com a comunidade usuária do serviço prestado.

Para atender as demandas das usuárias considerando os DSS, as unidades de atendimento da APS – postos de saúde, clínicas da família – estão localizadas em áreas específicas de abrangência, sendo próximas às moradias das/os usuárias/os, tornando-se referências na comunidade.

A APS conta com algumas estratégias de organização e aprimoramento dos atendimentos prestados às/aos usuárias/os, sendo uma das principais a Estratégia de

Saúde da Família (ESF), com o objetivo de ampliar e qualificar a atenção primária, ao

favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (BRASIL, 2012: 54)

A ESF conta com a atuação de equipes multiprofissionais no atendimento e acompanhamento das usuárias. Essas equipes são formadas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), assistentes sociais, fonoaudiólogos, dentistas, entre outros.

Na ESF o trabalho em equipe é considerado um dos pilares para a mudança do atual modelo hegemônico em saúde, com interação constante e intensa de trabalhadores de diferentes categorias e com diversidade de conhecimentos e habilidades que interajam entre si para que o cuidado do usuário seja o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica. (FIGUEIREDO, 2012:3)

Com foco na prevenção, os atendimentos e acolhimentos prestados na APS delimitam recursos para a melhoria das demandas apresentadas, com base na pessoa, na família e na comunidade, e não na doença. Para que o acolhimento e o atendimento seja de fácil acesso e de conhecimento da comunidade, são utilizados recursos simples e pontuais, como a distribuição de cartazes e outros meios informativos com os horários e dias dos atendimentos (BRASIL, 2007).

As demandas atendidas na APS podem surgir de maneira espontânea, por meio da busca da usuária, ou por meio do encaminhamento, a partir de identificações ocorridas em serviços prestados fora da instituição de saúde (visitas domiciliares, consultórios na rua).

A aproximação permitida por meio de um acompanhamento do indivíduo ou da família que utiliza o serviço de saúde, por meio do atendimento na instituição ou de visitas domiciliares e grupos com usuárias/os, faz com que a APS tenha uma maior aproximação com os usuários e um contato mais ativo com a realidade social. Isso permite desvelar os determinantes sociais que influenciam no processo saúde-doença, inclusive pela possibilidade de conhecimento das demandas a partir da área geográfica/mapeamento do território (UNASUS, 2014).

A APS é responsável pelos atendimentos prestados a diversos perfis de usuárias de acordo com os serviços oferecidos, podendo ser de pediatria no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD) da criança, no acompanhamento de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, e no acompanhamento de mulheres gestantes na atenção do pré-natal.

2.1.2 Atenção ao pré-natal

O período gestacional é caracterizado por mudanças físicas e emocionais na mulher, devendo ser acompanhado a fim de assegurar os direitos e os cuidados da mulher gestante e da criança gerada. A APS é responsável pelo pré-natal, que tem por objetivo o acompanhamento e a orientação de mulheres gestantes e suas/seus acompanhantes, proporcionando uma gestação e um parto saudável para a mulher e para o bebê.

O pré-natal se dá idealmente por 7 ou mais consultas individuais, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). Além do atendimento individual, o pré-natal também é realizado por meio de reuniões e orientações em grupo com profissionais da saúde (médicas/os, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais e outros) (BRASIL, 2012).

A OMS faz outras recomendações, além do número mínimo de consultas necessárias no pré-natal citado acima. São algumas delas: a realização mínima de intervenções, evitando procedimentos desnecessários que podem ser prejudiciais à saúde da gestante e do bebê; a integralidade no atendimento à gestante e sua/seu acompanhante, levando em consideração não apenas fatores biológicos, mas também culturais, sociais e emocionais; compartilhar toda decisão e procedimentos tomado com a mulher gestante; respeitar a privacidade e a confidencialidade da gestante (BRASIL, 2006).

O acolhimento no pré-natal por meio das consultas visa não só cuidar da saúde física da gestante e da criança gerada. Tem o objetivo também de esclarecer dúvidas e queixas, além de estimular o desejo da mulher gestante e de sua/seu acompanhante de retornar à instituição onde o atendimento foi prestado, para dar continuidade ao acompanhamento (SES-SP, 2010).

A garantia dos direitos da mulher gestante, por meio de um atendimento de qualidade, segue os princípios da humanização das redes de saúde, em especial a humanização do parto (LANDERDAHL; et al, 2007).

Entende-se por humanização: a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde – usuários(as), trabalhadores(as) e gestores(as); fomento da autonomia e protagonismo desses sujeitos; a co-responsabilidade entre eles; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento. (BRASIL, 2006: 9)

O acompanhamento do pré-natal deve oferecer também à mulher gestante e à sua/seu acompanhante os conhecimentos acerca do puerpério; os cuidados necessários na recuperação do pós-parto, seja ele natural ou cesáreo, e os conhecimentos referentes aos

cuidados com o bebê; o período de amamentação, procedimentos de higienização, introdução alimentar – entre outros.

É interessante que este tipo de orientação ocorra também nas reuniões em grupo com outras gestantes e acompanhantes, e profissionais de diferentes áreas, de forma que sejam abordados temas diversificados acerca da gestação, parto e puerpério, num espaço horizontal – de maneira que haja a interação e a troca de experiência entre mulheres e profissionais (BRASIL, 2011).

Além das informações relacionadas à saúde biológica e física da mulher gestante e aos direitos relacionados ao corpo, como direitos reprodutivos, direito à escolha do tipo de parto e da melhor posição no momento do trabalho de parto, é importante que sejam abordados temas acerca dos direitos trabalhistas, como o da licença maternidade e paternidade; direito a acompanhante no momento do parto. Ou seja, é importante que o acompanhamento do pré-natal não foque apenas em questões biomédicas da gestação, mas que informe e comunique também à mulher e à sua/seu acompanhante todos os direitos garantidos por lei neste período.

Para que a comunicação e informação no pré-natal ocorra de maneira efetiva e eficiente, é primordial que os profissionais responsáveis pelo atendimento escutem e priorizem todas as dúvidas e colocações levadas pela usuária gestante. A escuta tem papel fundamental na detecção de demandas e prevenção ou solução de possíveis problemas, além de contribuir no processo de empoderamento da mulher (MOURA; RODRIGUES, 2003).

Infere-se, portanto, que o estabelecimento de uma escuta ativa, aliada a uma prática de comunicação/informação adequada junto às gestantes, parece contribuir sobremaneira para que essas mulheres ganhem autonomia, passando a participar da promoção de sua saúde e da saúde do conceito. (MOURA; RODRIGUES, 2003: 110)

Compreender a importância do papel da atenção primária à saúde e do pré-natal, conhecendo suas estratégias e funções, é fundamental para o debate acerca da violência obstétrica em mulheres — aqui em destaque as mulheres negras. Desta forma, visualiza-se-se a responsabilidade de instâncias como Estado e instituições de saúde, e a competência atribuída às/aos profissionais de saúde na garantia de direitos e proteção a essas mulheres, tornando mais fácil a identificação em casos de violência e negligência.

2.2 História do parto e do nascimento

Antes de iniciar o debate sobre violência obstétrica, é interessante resgatar a história do parto e do nascimento. Até chegar ao âmbito médico e hospitalar, o parto passou por diversas fases e diferentes interesses. Mesmo com vários registros atuais acerca da assistência ao parto, o conhecimento sobre a forma como nossas ancestrais pariam ainda é escasso.

As cenas de parto do Antigo Egito são numerosas, e algumas delas célebres, como o parto de Cleópatra, ajoelhada, ou o de uma mulher que é auxiliada por Bés, considerado um deus protetor das mulheres em trabalho de parto. As estatuetas helênicas mostram que na Grécia Antiga a posição de cócoras era a mais usada. A mitologia greco-latina faz alusão à posição ajoelhada, como no nascimento de Artêmis e Apolo, e também no parto de Eileitia, a parteira divina, a quem numerosos templos e santuários foram consagrados. (BUENO, 2015: 1)

O autor Santos (2002) descreve três etapas na história do parto, considerando aspectos culturais e sociais. Na primeira, a sociedade (o companheiro e as demais pessoas próximas à gestante), apesar de receberem bem a criança que nascia, não davam importância e atenção ao parto. Já na segunda etapa, o companheiro permanecia ao lado da mulher, que estava em trabalho de parto, auxiliando-a — e mesmo após o parto, ele passava dias inteiros sem realizar trabalhos considerados pesados e sem ingerir determinados alimentos, hoje o que entendemos como *couvade*. E, por fim, na terceira etapa, o companheiro já não acompanhava ativamente o trabalho de parto da mulher, até o procedimento se tornar exclusivamente feminino, onde surge o trabalho das parteiras.

O momento do parto não significava apenas o nascimento de uma criança. Representava, também, o cuidado das mulheres umas com as outras e a força da mulher parturiente, em que o saber empírico sobre partejar não era hierarquizado e sim compartilhado.

O que hoje conhecemos como assistência ao parto antes era realizada apenas entre mulheres que possuíam algum laço de confiança entre si. Uma mulher auxiliava a outra no momento de parir, gerando assim conhecimento sobre o processo do parto e do nascimento, que era passado e agregado entre as mulheres. Antes deste tipo de assistência, as mulheres pariam isoladamente, sem ajuda ou cuidado (SANTOS *apud* MELO, 2002).

A autora Costa (2002) discorre em sua tese sobre o ato de partejar entre as mulheres antigas, enfatizando o trabalho das parteiras e as práticas tradicionais de parto. Ela relata que a primeira referência às parteiras é feita no primeiro capítulo do livro de

êxodos da bíblia, onde elas desobedecem as ordens dada por Faraó de matar toda criança que nascesse do sexo masculino.

As maieutas⁴, como eram chamadas as parteiras na Grécia Antiga, para atuarem na parturição, precisavam antes *“ter passado pela experiência do parto, ter tido filho, e estar na menopausa. Isto estava associado ao fato de que na Grécia, a partir da menopausa, as mulheres podiam ser independentes, o que levava a muitas a optar pelo ofício de maieuta.”* (COSTA, 2002: 24)

O conhecimento sobre diversas questões, dentre elas o parto, era repassado de modo geracional. As mulheres mais velhas eram respeitadas pela sabedoria e experiência que possuíam. Enquanto parteiras, essas mulheres auxiliavam as parturientes ao mesmo tempo em que compartilhavam o saber com as mesmas, criando um espaço de empoderamento feminino.

O entendimento das parteiras acerca das manifestações do/no corpo feminino ligadas à maternidade passa a ser descartado a partir do poder da Igreja católica por meio da inquisição. A partir desse momento, o trabalho realizado por elas é tido como duvidoso e limitado. Neste contexto, as práticas tradicionais do parto realizadas pelas mulheres foram se perdendo, surgindo as práticas da enfermagem moderna, da obstetrícia e da ginecologia que foram colocadas estritamente sobre o controle médico masculino (COSTA, 2002).

Os espaços de empoderamento feminino sempre geraram incômodo por romperem com a cultura de uma sociedade patriarcal. Mesmo nas práticas relacionadas ao conhecimento e pertencimento do próprio corpo, as mulheres sofreram intervenções da igreja e do Estado e tiveram seu espaço e conhecimento censurados.

Brenes (1991) relata em seu texto a história do surgimento da obstetrícia no Brasil ao longo do século XIX. Com a criação das escolas de medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, as tradições do parto domiciliar foram se tornando escassas. A partir disso, gradualmente a intervenção médica alterava a percepção do parto enquanto algo natural e fisiológico para algo relacionado à patologia.

Neste mesmo período, relata a autora Mott (1999), o discurso médico era frequentemente utilizado para desqualificar o trabalho das parteiras. Estas precisavam, então, solicitar uma licença por meio de carta que comprovasse sua experiência enquanto tal. A autora observa, por meio de análise documental, que a formação de médicos nas escolas de medicina era precária, já que as aulas eram realizadas por meio de lições orais e não havia aulas práticas.

⁴ Relação à deusa Maia ou Maya, significando "parteira, ama ou avó" (DINIZ, 1996)

Apesar da precária formação em obstetrícia dos estudantes de medicina, a força e a credibilidade do discurso médico, ao desqualificar as parteiras, persistiu como dominante, o que acabou por atribuir aos próprios médicos uma competência clínica que eles estavam longe de possuir; era como se por um passe de mágica, da noite para o dia, a posse do diploma da Faculdade de Medicina tornasse os alunos de ontem profissionais melhores do que as parteiras, pouco importando o tempo de prática e a experiência que elas tivessem acumulado. (MOTT, 1999: 8,9)

Com a intervenção médica no parto e a perda das práticas tradicionais, a interferência no corpo da mulher no momento do parto tornou-se cada vez mais frequente, como o fórceps e a episiotomia, deixando de lado a capacidade natural da mulher de dar à luz.

Formula-se uma tecnologia que é considerada superior à fisiologia feminina. A postura do/a profissional médico/a, de hipervalorização dos riscos e perigos, aliada à subestimação da capacidade da mulher em dar conta da situação e ambas acrescidas muitas vezes de atitudes ultrajantes, que despersonalizam e depreciam a mulher, vão torná-la impotente e vulnerável para enfrentar os desafios do parto. É a construção de mais uma dominação masculina, onde se estabelecem a superioridade e o controle do masculino sobre o feminino. (CARNEIRO, 2000: 1)

A intervenção médica deveria ter surgido nesse contexto a fim de agregar conhecimento ao trabalho das parteiras, auxiliando por exemplo a diminuir os riscos de mortalidade materna, ao invés de impor uma dominação médico masculina extinguindo o trabalho das parteiras e tornando as parturientes apenas um objeto de estudo.

2.3 - Violência obstétrica

Segundo as autoras Waldow e Wolff (2008), os atos de violência são caracterizados pela relação de poder desigual entre as pessoas envolvidas, onde há a imposição de força, do medo, da submissão e da privação da liberdade.

Compreendendo este conceito é possível identificar que parte dos atendimentos prestados às usuárias gestantes no âmbito das instituições de saúde possuem características de violência: há a relação de poder hierarquizada entre profissionais de saúde e usuárias; imposição de força e, principalmente, de medo nos procedimentos realizados durante o parto. Ocorre também a privação de liberdade, em que a mulher deixa de ser ativa no próprio parto, tornando-se passiva dos processos técnicos da instituição e dos profissionais de saúde.

Entende-se por violência obstétrica qualquer ato exercido por profissionais da saúde no que cerne ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, exprimido através de uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e a transformação patológica dos

processos de parturição fisiológicos. (ANDRADE; AGGIO *apud* JUAREZ. 2014: 1)

A violência obstétrica é caracterizada pela violência à mulher, seja física, moral e/ou psicológica, e ocorre nas instituições de saúde durante o atendimento ao pré-natal, parto, aborto ou puerpério. Embora esse tipo de violência ocorra há bastante tempo, o termo violência obstétrica ainda é relativamente novo (Rede Parto do Princípio, 2014).

Esse tipo de violência pode ocorrer de maneira explícita, como agressão e/ou xingamentos durante o atendimento do pré-natal, parto, aborto ou puerpério, ou de maneira sutil, como a não permissão de acompanhante na sala de parto e/ou a realização de algum procedimento desnecessário no corpo da gestante sem que a mesma autorize (Defensoria Pública - SP, 2013).

A identificação desta violência feita pelas usuárias gestantes torna-se difícil quando há o desconhecimento dos direitos e quando ocorre uma naturalização da mesma, transformando a violência obstétrica em atendimento comum e cotidiano à essas mulheres.

Uma das características mais latentes da violência obstétrica é a negação de direitos à mulher gestante durante o atendimento prestado nas instituições de saúde. Na cartilha “Direitos da gestante e do bebê”, feita pela UNICEF (2011), alguns desses direitos são listados, sendo eles: direito ao parto humanizado e assistência de qualidade, na qual a mulher deve ser ouvida e ter suas dúvidas esclarecidas; ser livre para expressar suas reações e sentimentos e escolher a posição mais confortável para o parto.

O direito ao pré-natal de qualidade onde a *“equipe da unidade de saúde que acompanha o pré-natal da gestante precisa garantir atenção com respeito e dignidade, sem discriminação de cor, raça, orientação sexual, religião, idade ou condição social.”* (UNICEF, 2011: 24).

A posição do parto hoje mais utilizada, principalmente nos partos hospitalizados, é a horizontal. Nela, as mulheres permanecem deitadas nas macas em todo o trabalho de parto, não sendo estimuladas ou autorizadas a andar ou a optar por outro tipo de posição em que se sentirem mais confortáveis.

[...] a manutenção das mulheres deitadas, com sua mobilidade restrita, implica o aumento da duração do trabalho de parto e do risco de sofrimento fetal, pela diminuição da intensidade e da eficácia das contrações. Na posição horizontal, há pressão sobre a veia cava, o que diminui o fluxo sanguíneo e de oxigênio para o feto. Como é mais desconfortável ficar deitada do que em posição vertical ou andando, a tendência é o aumento da tensão e da dor. (DINIZ, 1996: 8)

A cartilha informa que, além dos profissionais de saúde terem o dever de assegurar esses direitos, devem também informar à parturiente todo procedimento realizado e materiais utilizados no momento do parto.

Não sendo permitido procedimentos considerados desnecessários, tais como: provocar ou acelerar o parto sem necessidade, seja com uso de hormônios (como a ocitocina), seja com o rompimento forçado da bolsa, chamado de amniotomia, que deverá ser

deixado apenas para situações muito precisas, pois o aumento das contrações e da pressão da cabeça do bebê sem a proteção da bolsa propicia tanto o edema do colo do útero quanto o sofrimento fetal. Uma situação típica do risco associado a este procedimento é o sofrimento fetal pelas contrações artificialmente intensas provocadas pela indução, levando a intolerabilidade da dor pela mãe e ao uso de sedativos para reduzir as contrações. (DINIZ, 1996: 9).

Forçar a saída do bebê empurrando a barriga da mulher, expondo a parturiente e o bebê a riscos; cortar o cordão umbilical antes do mesmo parar de pulsar (uma média de 3 minutos após o parto); realizar cesariana sem que haja risco de vida para a mãe, para o bebê ou para ambos, ou sem o consentimento da parturiente. Estes são alguns casos de violência obstétrica comumente encontrados no meio hospitalar.

Além destes procedimentos informados na cartilha citada acima, há outros inúmeros tipos realizados no parto hospitalizados que podem gerar riscos e/ou desconforto para a parturiente, e ainda assim são frequentemente utilizados. Exemplo disso é a depilação dos pêlos pubianos que, *"apesar de em muitos lugares ser um procedimento de rotina, é totalmente desaconselhável, pois provoca um aumento no risco de infecção, pela fragilização da pele e das defesas naturais na raspagem"* (DINIZ, 1996: 8, 9).

Outro procedimento comumente realizado é a episiotomia — um corte feito com tesoura ou com bisturi na região do períneo e na vagina. A episiotomia pode causar diversos problemas à mulher, como uma maior perda de sangue, mais dor durante e no pós-parto, infecções, complicações no processo de cicatrização e riscos de lacerações nos partos seguintes (Rede Parto do Princípio, 2014).

Em alguns países onde se utilizam boas práticas na assistência ao parto, esse procedimento é realizado em menos de 10% dos partos normais e esse uso mais raro e criterioso não prejudica a saúde nem o bem-estar das mulheres e nem o dos recém-nascidos. (Rede Parto do Princípio, 2014: 5)

Com o processo de patologização do parto, a partir da intervenção médica — e consequentemente a perda das práticas tradicionais de partejar —, e com o aumento da utilização de tecnologias, o número de cesáreas cresce significativamente.

a maioria das quais ocorre em países em desenvolvimento e poderia ser evitada. Para cada mulher que morre, outras trinta sofrem seqüelas ou problemas crônicos de saúde. [...] Segundo o Ministério da Saúde (MS), as altas taxas de mortalidade materna compõem um quadro de violação dos direitos humanos de mulheres e de crianças [...] (MARTINS, 2006: 473)

A interferência no corpo da mulher e no processo natural do parto sem necessidade; as agressões físicas ou verbais; a negligência no atendimento; a negação e ocultação de informações, são caracterizadas como violência obstétrica, embora passando-se muitas vezes por algo natural. O debate acerca deste tema, realizado principalmente no âmbito das instituições de saúde de APS com profissionais e usuárias, é imprescindível no enfrentamento desta violência, fazendo com que a mulher seja protagonista do próprio parto, podendo tomar decisões sobre o próprio corpo e tendo sua saúde e vida assegurada.

2.4 Racismo institucional

Compreender como o racismo se organiza institucionalmente é de grande importância para identificar uma das causas da violência obstétrica em mulheres negras, e para entender como essa violência se estrutura.

O racismo tem relação com as condições em que a pessoa nasce, com sua trajetória familiar e individual, condições de vida e moradia, condições de trabalho, emprego, renda e de acesso à informação e aos bens e serviços. O racismo também é visível na qualidade do cuidado e assistência prestada, nos perfis e estimativa de mortalidade infantil, nos sofrimentos evitáveis ou mortes precoces, nas taxas de mortalidade da população adulta e nos perfis, indicadores e coeficientes de mortalidade materna. (BATISTA, MONTEIRO E MEDEIROS, 2013: 682)

O capitalismo se estrutura por meio da exploração da mão de obra e força de trabalho, majoritariamente, daqueles que já se encontravam em vulnerabilidade socioeconômica, por consequência dos sistemas anteriormente existentes.

O racismo está profundamente conectado ao sistema capitalista. Não somente afirma a escravidão como constituição social natural, mas tende a favorecer a opressão argumentando favoravelmente pela diversidade de raças, entendendo ser a “raça” negra inferior à branca. Com o avanço da ciência experimental, bem como da eugenia e da biologia, a inferioridade da “raça” africana foi elevada ao patamar de ciência. (SILVA; BERTOLDO, 2010: 110)

Malcolm X, em sua trajetória de ativismo político, afirmou que “não existe capitalismo sem racismo”. Ele incita a reflexão acerca do tema, colaborando com a compreensão de que “o racismo é resultado de justificações e classificações ideológicas,

com o objetivo de subjugação e exploração da força de trabalho. Estas foram fundamentais para a solidificação do sistema capitalista no mundo” (ROCHA, 2006: 7).

Apesar da discriminação racial se tratar de atitudes consideradas concretas, ela também pode atuar de maneira difusa. É o caso do racismo institucional, que opera no nível das instituições sociais e corrobora a naturalização e reprodução da hierarquia racial, na qual pessoas brancas são beneficiadas em detrimento das pessoas negras (JACCOUD, 2006).

A noção de Racismo Institucional foi fundamental para o amadurecimento teórico político do enfrentamento do racismo. Ao fazer referência aos obstáculos não palpáveis que condicionam o acesso aos direitos por parte de grupos vulnerabilizados, o conceito de Racismo Institucional refere-se a políticas institucionais que, mesmo sem o suporte da teoria racista de intenção, produzem consequências desiguais para os membros das diferentes categorias raciais. (Souza *apud* Rex, 2011: 79)

O racismo institucional, assim como suas demais vertentes, é consequência do contexto histórico em que nossa sociedade se insere. Fomos marcados por um longo período de escravidão que determinou, mesmo após o seu fim, os lugares que seriam ocupados por povos negros e brancos.

As instituições, sendo partes do sistema vigente — o capitalismo —, reproduzem o que é produzido por ele. Ou seja, se o sistema é pautado no racismo, as instituições reproduzirão o mesmo, de modo que a exclusão, segregação e o embarreiramento de direitos da população negra sejam naturalizados e de difícil compreensão.

Definido como o fracasso das instituições em garantir direitos e acesso a serviços às pessoas em virtude da sua raça/cor e sexo, o racismo institucional se expressa tanto no interior das instituições — desde os processos seletivos e programas de progressão de carreira — quanto no processo de formulação, implementação e monitoramento de políticas públicas. (BRASIL, 2013:1)

As autoras Kalckmann, Santos, Cruz e o autor Batista (2007), trazem em seu texto a reflexão acerca do racismo institucional no Sistema Único de Saúde (SUS) e a interferência do mesmo para a garantia do princípio da equidade.

[...] o racismo se evidencia nas interações entre pessoas, e que mesmo o profissional não considerando que teve uma atitude racista, ao não escutar a percepção do sujeito que sofreu a ação, está contribuindo também com o racismo institucional. Além disto, as instituições, ao não terem um posicionamento explícito e espaços onde essas condutas sejam discutidas, são coniventes e institucionalizam o racismo. (KALCKMANN; et al, 2007: 153)

Em 2014, o Ministério da Saúde, em parceria com outros órgãos governamentais – dentre eles a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR)⁵ –, lançou uma campanha de combate ao racismo intitulada de “SUS sem Racismo”. A campanha publicitária foi lançada na rede social Facebook com conteúdo de imagens e textos que visam a conscientização da população para a discriminação racial que também se manifesta na saúde.

Além de alertar sobre casos de racismo ocorridos nas instituições de saúde que ofertam serviços de baixa, média e alta complexidade, a campanha chama atenção para situações que entrelaçam a questão de gênero e raça. Estas, juntas, causam o sofrimento físico e psicológico de mulheres negras, marcadas pelo estereótipo criado pela lógica escravista.

Entre os dados expostos, a campanha mostra que as mulheres negras costumam receber em média menos tempo de atendimento médico que mulheres brancas e que compõem 60% das vítimas da mortalidade materna no Brasil. Além disso, somente 27% das mulheres negras tiveram acompanhamento durante o parto na pesquisa, ao contrário dos 46,2% das mulheres brancas; e 62,5% das mulheres negras receberam orientações sobre a importância do aleitamento materno, preteridas em favor dos 77% das mulheres brancas. (ARRAES, 2014: 1)

Conhecer a maneira como o racismo se estrutura no âmbito das instituições por meio do sistema auxilia na percepção mais aprofundada dos casos de racismos ocorrentes nos atendimentos prestados no SUS, que, quando direcionados às mulheres negras gestantes, tem como resultado a violência obstétrica.

2.5 Mulheres negras gestantes - Racismo institucional e Violência obstétrica

A lógica racista, reforçada pelo capitalismo, exclui as mulheres negras de espaços de visibilidade e construção social, como o sistema educacional e o mercado de trabalho. Isso influencia ativamente no acesso delas no sistema de saúde e na maneira como elas serão atendidas no mesmo.

A despeito dos diferentes referenciais, os dados evidenciam que as mulheres negras vivem em piores condições de vida e saúde. Vários autores afirmam que as mulheres negras têm os piores níveis de renda e escolaridade no Brasil. (MARTINS, 2006: 474)

Colocamos aqui o questionamento de como essas desigualdades e opressões se somam e influenciam no período gestacional das mulheres negras e no atendimento que

⁵ Em 2016 houve junção das secretarias, tornando-se Secretaria Adjunta da Mulher, Igualdade Racial e Direitos Humanos

recebem nas instituições de saúde, seja no acompanhamento do pré-natal ou na atenção ao parto.

Tal questão foi levantada pelas autoras Leal, Gama e Cunha (2005), que realizaram uma pesquisa comparando mulheres negras (pretas e pardas) e mulheres brancas do município do Rio de Janeiro em diversos aspectos sociais, entre eles o atendimento à saúde.

“Menos de um quinto das mulheres negras de nível de instrução menor realizou um pré-natal considerado adequado e mesmo no grupo de maior instrução, esse benefício não cobre a metade delas” (LEAL; GAMA; CUNHA, 2005: 105). Além de essas mulheres não terem acesso ao pré-natal de qualidade, as autoras citadas afirmam que elas também possuem dificuldades na procura por atendimento no momento do parto, o que aumenta a perambulação das mesmas em busca de hospitais.

A violência obstétrica influenciada pelo racismo institucional gera o sofrimento físico, moral e psicológico de mulheres negras gestantes. A mortalidade materna entre essas mulheres é sete vezes maior que a de mulheres brancas, onde as causas de morte são variadas *“mas refletem uma negligência histórica sobre doenças prevalentes nessa população, como anemia falciforme, hipertensão arterial e diabetes II”*. (GELEDÉS, 2015: 1)

Traduzindo a razão em risco de morte materna, as mulheres negras, as pardas e as pretas, em relação às brancas, apresentaram, respectivamente, risco 1,7 e 1,8; 1,5 e 1,6; 5,5 a 7,4 vezes maior de óbito. [...] Em estudo sobre a mortalidade de 1999 para o Estado de São Paulo, Batista 25 identificou que a mortalidade materna é a segunda causa de morte entre as mulheres pretas. (MARTINS, 2006: 476)

A partir do racismo, é construída a ideia de que mulheres negras são fisicamente e emocionalmente mais fortes e resistentes à dor do que mulheres brancas. Esse estereótipo não necessariamente corresponde à realidade e contribui imensamente para a negligência nos atendimentos no momento do parto, quando a dor e o sofrimento da parturiente negra são enxergados como sintomas que podem esperar (BRASIL, 2015).

Em 2002, Alyne da Silva Pimentel, uma mulher negra e pobre, foi vítima de violência obstétrica que ocorreu em forma de negligência, o suficiente para Alyne entrar para as estatísticas de mortalidade materna:

Alyne já devia se sentir mãe de seu bebê de seis meses, quando foi apenas medicada e encaminhada para casa apesar das fortes dores abdominais, náusea e vômito. Imagino a preocupação e medo que sentiu. Dois dias depois, voltou à Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória de Belford Roxo (RJ) onde foi constatado que ela carregava um bebê morto. Não operaram Alyne. Induziram seu parto e só 14 horas depois de dar à luz a uma criança morta, Alyne foi operada para retirada da placenta. Já era tarde, a jovem já tinha hemorragia e vomitava sangue. Tentaram transferi-la para outra

unidade médica. Mas Alyne teve que esperar oito horas pela ambulância e chegou ao Hospital Geral de Nova Iguaçu já em coma. A moça morreu cinco dias depois de buscar ajuda hospitalar pela primeira vez. O laudo médico assinala a morte por hemorragia interna. Lendo isso parece que a morte da moça foi quase natural. Mas Alyne não morreu, ela foi morta em 2002, graças a uma sucessão de erros e descaso no atendimento obstétrico. (GONÇALVES, 2014: 1)

Para que a violência obstétrica — especialmente em mulheres negras — deixe de ocorrer, é necessário que haja um rompimento e um distanciamento da lógica produzida e reproduzida pelo sistema no âmbito das instituições de saúde. Ou seja, é necessário romper com as práticas sexistas e racistas, diminuindo e, preferencialmente, cessando as iniquidades no atendimento prestado às mulheres negras.

O racismo institucional e a desigualdade de gênero produzem a falta de acesso ou o acesso de menor qualidade aos serviços e direitos pela população negra, sobretudo pelas mulheres. Mas, para além disso, representa também a perpetuação de uma condição estruturante de desigualdade em nossa sociedade. Reconhecer a existência dessa dimensão da desigualdade, tão profundamente marcada na sociedade e Estado brasileiro, é essencial para enfrentá-la. (BRASIL, 2013: 1)

Sendo a saúde uma política pública universal que visa o bem estar físico, social e psicológico das/os usuárias/os, deve-se questionar a razão da reprodução da cultura machista e racista nas instituições de saúde que, se não exclui as mulheres negras, as violentam ou as matam.

Questionar tais questões é necessário para compreender a violência obstétrica e o racismo institucional e pensar em maneiras de romper com essas práticas. Destacamos o papel da APS como ponto de partida para a desconstrução dessa lógica, a partir da garantia dos direitos das mulheres negras gestantes e da conscientização das mesmas acerca desse debate.

Capítulo 3. Influência do racismo institucional na violência obstétrica e o papel da APS em preveni-la: Percepção de profissionais e usuárias

3.1 Percepção dos profissionais de saúde da Atenção Primária sobre violência obstétrica e racismo institucional

Em média, os profissionais entrevistados possuem 10 anos de atuação na instituição, sendo o período de atuação mais curto de três anos e o mais longo de 24 anos. Essa informação é relevante para entender a aproximação e a experiência do profissional com as usuárias que residem nas áreas de abrangência da instituição, bem como com os serviços prestados pela instituição.

Os entrevistados foram questionados acerca do perfil das usuárias gestantes que eles atendem, considerando média de idade, raça/cor e a comunidade onde residem. Dentre a média de idade citada por eles, a maioria das gestantes tem entre 25 e 35 anos, havendo alguns casos de adolescentes na faixa etária de 13 a 17 anos e mulheres mais velhas de 40 a 50 anos, sendo estas classificadas como grupo de alto risco.

Sobre a raça/cor das usuárias gestantes atendidas, boa parte dos profissionais as classificaram majoritariamente como pardas. Segundo E7en: *"Geralmente a cor parda vem predominando, numa escala de 0 a 10 você tira, o quê? 7 que são... 6 que são pardas, 6 a 7 que são pardas, é... 2 brancas e pouquíssimas negras."*

Importante ressaltar que a definição da população negra, segundo o IBGE, abrange pretos e pardos. O desconhecimento dessa informação gera confusão com os termos e com a classificação das usuárias enquanto negras, como ocorre na fala citada acima, na qual acredita-se que E7en, no final de sua colocação, tenha tido a intenção de ressaltar que há poucas usuárias gestantes pretas nos atendimentos.

Em relação à comunidade onde as gestantes residem, segundo os dados coletados, todas as usuárias gestantes atendidas são moradoras da Região Administrativa (RA) onde está localizada a CF, e seus domicílios fazem parte das áreas de abrangência da instituição.

Nessa classificação do perfil, parte dos profissionais inseriram também a questão socioeconômica dessas mulheres, definindo como "menor e mais baixa", como na fala de E4me: *"um nível socioeconômico menor por conta da Secretaria de Saúde (serviço público)."*, e E1em: *"o perfil socioeconômico majoritário realmente é menor, né? A condição financeira é menor"*.

Conhecer o perfil das usuárias e compreender sua totalidade significa, na prática profissional, considerar os determinantes sociais de saúde e romper com a prática

biomédica. A questão racial tem destaque na pesquisa por ser focada nas mulheres negras (pretas e pardas) gestantes, a partir da compreensão da violência obstétrica como consequência do racismo institucional.

Para os médicos e enfermeiros entrevistados, as principais demandas identificadas nos atendimentos de pré-natal estão relacionadas às questões físicas e biológicas da gestação, como afirma uma das profissionais:

“[...] é mais a consulta pra verificar se tá correndo tudo bem na gravidez, e fazendo orientações a respeito de suplementação com vitamina, com relação às vacinas, os cuidados, as orientações gerais.” (E4ob)

Já a assistente social entrevistada capta outras demandas relacionadas às questões de classe que, por sua vez, relacionam-se com as questões de raça. Tendo como objeto de estudo a questão social, que se expressa por meio da precarização do trabalho, da educação, da saúde, entre outros, o serviço social busca, principalmente por meio das políticas sociais, a garantia de direitos às usuárias atendidas

“[...] muita orientação sobre licenças... Algumas, quer dizer, aquelas que trabalham, é... questão trabalhista mesmo. [...] o que chega na minha mão, que eu fico até surpresa, é conflito entre patrões e empregadas por conta da gestação.” (E5as)

As mulheres negras estão ocupadas, majoritariamente, como trabalhadoras domésticas. Segundo a pesquisa do Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômico (DIEESE, 2013), realizada entre 2004 e 2001, 61% dos serviços domésticos são executados por essas mulheres, um resquício do formato escravagista, também enfatizado pela relação hierarquizada e, muitas vezes, abusiva dos patrões para com as trabalhadoras.

Ao serem questionados se percebiam diferenças nas demandas das usuárias negras e brancas, apenas dois entrevistados afirmaram notar distinção. Os demais disseram não haver ou não perceber alguma diferença nesse quesito.

Uma das falas que abordam as diferenças das demandas das usuárias gestantes com relação à raça exemplifica o que fora mencionado acima, acerca da relação da questão de classe com a questão de raça e dos trabalhos ocupados pelas mulheres negras.

“Percebo com relação assim, as negras, elas trabalham geralmente em serviços do lar, domésticas... esse tipo. Então elas se cansam mais, elas precisam mais de atestado, não é a maioria, mas as diferenças que eu percebo são essas. Questão de atestado e descanso um pouco maior. As brancas geralmente não trabalham, ou só estudam.” (E2en)

Em novembro de 2014, o Ministério da Saúde (MS) lançou a campanha publicitária “SUS sem racismo”. A divulgação de dados de violência e desigualdades ocasionadas pelo racismo institucional, nos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é uma das formas de conscientizar os profissionais e a população, a fim de iniciar mudanças que levam ao rompimento desse ciclo. Porém, para que isso seja viável, é necessário que haja um esforço maior do que o que houve na campanha mencionada, que foi pouco divulgada e tomou espaço apenas em uma rede social on-line.

Nas entrevistas realizadas, foi perguntada a opinião dos profissionais sobre a campanha. Todos afirmaram não ter conhecimento da mesma. Já as opiniões sobre a sua importância foram diversas:

“[...] é óbvio que dizer que o Brasil é um país sem racismo é uma bobagem, mas assim, pro nosso nível de (nome da cidade), como a gente tem uma população muito mestiça, a gente vê de tudo. Então, pra nós, é chover no molhado, a gente não faz distinção nenhuma” (E3pe)

A intenção de negar o racismo no espaço da instituição, de maneira a enfatizar a não distinção de raça, acaba por tornar-se uma maneira de reproduzi-lo. É importante reconhecer as demandas específicas das usuárias negras, que estão diretamente ligadas à questão racial, sendo elas consequentes da condição social destinada a essas mulheres, ou a questões fisiológicas já mencionadas pelo Ministério da Saúde: *“Estatísticas indicam que a população negra corre mais riscos de desenvolver hipertensão arterial e anemia falciforme”* (BRASIL, 2011:34). Ignorar essas especificidades contribui com a manutenção do racismo institucional e da violência obstétrica.

Outras falas das entrevistas enfatizam a importância da campanha como veículo de informação e enfrentamento ao racismo:

“É uma necessidade, né? Porque a instituição, ela só expressa uma demanda que já tá explodindo, né? Então ela tem essa importância, como marco histórico

inclusive, que tem que ter como insustentável mesmo a questão do racismo, que é real mas é velado. Então é importante essa campanha.” (E5as)

“Não foi tão divulgada, não foi. Cadê? Porque é que isso não foi pra mídia? Não foi pra televisão? Essas coisas teriam que ter ido à mídia, porque muita gente não tem acesso à essas informações.” (E6ac)

Alguns dados divulgados pela campanha mostram que as usuárias gestantes negras recebem atendimentos diferenciados das mulheres gestantes brancas, podendo ocorrer tanto no pré-natal quanto no momento do parto. Essa distinção nos atendimentos ocasiona situações de negligência que influenciam na saúde das mulheres negras e colocam suas vidas e as vidas de suas/seus filhas/os em risco.

Apenas dois dos entrevistados durante a pesquisa relataram ter presenciado atitudes de violência relacionadas à raça da usuária gestante. Os outros entrevistados disseram nunca ter presenciado – e um se absteve da resposta.

O Brasil se caracteriza por uma falsa democracia racial, na qual a “mistura” de povos é exaltada e utilizada como justificativa para a dita não existência do racismo. Por outro lado, essa negação ocorre quando a referente fala trata-se da própria pessoa ou do espaço onde ela está inserida. Ou seja, reconhece-se a existência do racismo na sociedade como um todo, mas nunca no lugar de onde se fala.

No Brasil, ninguém aparece como racista declarado e todos parecem reprovar o racismo e o racista. Todos se declaram simpatizantes, amigos ou parentes de pessoas negras, ou, até mesmo, assumem-se como pessoas negras. Ma isso não parece impedir a exclusão cultural, política e econômica dos afro-descendentes. É o chamado racismo cordial ou assimilacionista. (JUNIOR, 2006: 15)

A violência obstétrica em mulheres negras é decorrente da violência de gênero e do racismo institucional. Para perceber essa violência direcionada às mulheres negras, é necessário considerar dados sobre os atendimentos durante o período gestacional, parto e pós-parto, levando em conta a questão racial. Além disso, é preciso ampliar a rede e os espaços de escuta dessas mulheres para que esses dados sejam captados.

Dos profissionais que participaram da pesquisa, somente a assistente social relatou pensar que o racismo seja uma das causas da violência obstétrica. Dos demais, dois disseram ser possível, três não souberam responder e um afirmou não ver a questão racial como um fator nos casos de violência obstétrica.

“Ah! Com certeza! Com certeza... Porque ainda temos muito no âmago, né? Das pessoas essa questão de "preto"... Aquelas piadinhas ridículas que a gente ouve, e que a gente percebe que tão muito relacionadas ao racismo.” (E5as)

“Eu não acho não. Sinceramente eu não vejo isso como um problema. A questão é outra... A grávida mesmo.” (E4ob)

Existe uma falsa ideia de que mulheres negras possuem mais resistência à dor, seja física ou psicológica, em relação às mulheres brancas. Essa ideia permeia também nos espaços institucionais de saúde, influenciando o atendimento de mulheres negras gestantes no momento do parto, quando elas demoram mais a serem atendidas e recebem menos analgesia durante o trabalho de parto.

Foi elevada a proporção de mulheres que não conseguiram receber assistência ao parto na primeira maternidade procurada. A peregrinação em busca de atendimento foi de 31,8% entre as negras, 28,8% nas pardas e 18,5% nas brancas. A anestesia foi amplamente utilizada para o parto vaginal nos dois grupos, porém a proporção de puérperas que não tiveram acesso a esse procedimento foi maior entre as pardas, 16,4% e negras, 21,8%. (LEAL; GAMA; CUNHA, 2005: 103)

Negar, portanto, a influência do racismo institucional nos casos de violência obstétrica significa silenciar e invisibilizar o sofrimento dessas mulheres e permitir que os casos de violência contra elas continuem ocorrendo nos espaços das instituições de saúde.

Para que as mulheres negras gestantes sejam protegidas e tenham todos os direitos de saúde assegurados, é necessário buscar vias de prevenção e enfrentamento à violência obstétrica e ao racismo institucional — por intermédio, principalmente, do empoderamento destas mulheres. Para que isso ocorra, é imprescindível que haja um espaço não hierarquizado, onde a mulher seja inserida numa rede de cuidados e tenha acesso às informações sobre os direitos e como efetuar a garantia dos mesmos.

Todos os profissionais afirmaram que a atenção primária e o acompanhamento do pré-natal contribuem com a prevenção da violência obstétrica em mulheres negras. É citada em todas as falas a importância de que essas mulheres tenham acesso à informação, de maneira que conheçam e tenham seus direitos cumpridos, além de um espaço onde possam recorrer, caso sejam negados esses direitos e sofram algum tipo de violência.

“[...] a gente pode conscientizá-la de que ela não precisa ser submetida a esse tipo de tratamento, ela tem canais onde ela pode denunciar e ver que ela tá embasada pela lei, né? Isso é importante. Os direitos que ela tem em relação ao acompanhante, porque estando com acompanhante eu acho que diminui esse

tipo de tratamento, então eu acho que o pré-natal é a principal oportunidade dela ficar sabendo dos seus direitos, né?” [E4ob]

O papel da APS e do acompanhamento do pré-natal na prevenção da violência obstétrica em mulheres negras é fundamental, por se tratar de um espaço institucional de cuidado mais próximo às gestantes e à sua rede familiar. O contato realizado por meio das consultas individuais e/ou em grupo durante o pré-natal configura um momento de escuta e de informações, para além da questão biológica, sobre o momento da gestação.

A qualificação permanente da atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério deve sempre ser perseguida na perspectiva de garantir uma boa condição de saúde tanto para a mulher quanto para o recém-nascido, bem como de possibilitar à mulher uma experiência de vida gratificante nesse período. Para isso, é necessário que os profissionais envolvidos em qualquer instância do processo assistencial estejam conscientes da importância de sua atuação e da necessidade de aliarem o conhecimento técnico específico ao compromisso com um resultado satisfatório da atenção, levando em consideração o significado desse resultado para cada mulher. (BRASIL, 2010:12)

Além de questionar sobre a contribuição da atenção primária e do acompanhamento do pré-natal, fora questionado também sobre quais outras estratégias auxiliaria no processo de combate à violência obstétrica. As colocações dos profissionais foram variadas:

“Uma parte que é esquecida do projeto cegonha que é a... a mulher conhecer a maternidade antes, né? Ela tá fazendo o pré-natal na secretaria de saúde, na atenção primária, e conhecer o hospital de referência que ela vai ter o parto. Eu acho que isso ajuda muito, pra chegar lá mais segura.” (E1, me)

“[...] o número de profissionais negros maior também, [...] eu tava observando até no nosso trabalho aqui, quase não tem profissional negro. E quando tem são dos níveis médios, [...] não entendo o porque... Eu sei do contexto da história da raça negra e tudo, da escravidão, mas que hoje não existe mais. Hoje todo mundo tem mais acesso, não sei se é no processo ainda de formação, eles não “tão” tendo esse acesso, mas que isso possa ser incentivado já desde as séries iniciais, na formação profissional pra que isso seja mais comum, tanto entre profissionais e pacientes.” (E2en)

A atuação integrada de profissionais de diferentes áreas e atuações, como ocorre na APS, facilita na captação de demandas e na ampliação da rede de cuidados. O

conhecimento do hospital de referência para o qual gestante será encaminhada no momento do parto também auxilia na prevenção da violência obstétrica, pois a gestante poderá ser informada sobre o funcionamento da instituição e poderá conhecer o local antes do momento do parto. Essas medidas proporcionam à usuária gestante e às/aos suas/seus acompanhantes mais segurança durante a gestação e no momento do parto e puerpério.

A citação acima, referente à fala da enfermeira, retrata a escassez de profissionais negros que prestam atendimento na instituição, exceto nos “níveis médios”, como citado, que se refere aos cargos de limpeza e segurança, entre outros.

O contexto sócio-histórico da população negra no Brasil é marcado por um longo período de escravidão. A lei da abolição, responsável por “libertá-los”, não representou um real avanço, principalmente quanto às políticas de reparação que visavam reinserir o povo negro na sociedade. Ao contrário: permaneceram sem direitos à educação, ao trabalho, à saúde, à moradia (THEODORO, Mário; 2008).

Portanto, mesmo que o período de escravidão tenha acabado, o racismo permanece latente e institucionalizado em nossa sociedade. Ainda se reproduz todos os estigmas e se designa os lugares que serão ocupados por pessoas negras. Desta forma, mesmo numa instituição localizada num lugar ocupado majoritariamente por pessoas negras, a maioria dos profissionais são brancos.

No país que convive e vive da desigualdade, o negro, ao perder o lugar central no mundo do trabalho, não deixou de exercer um papel social como o núcleo maior dos pobres, prestadores de serviços aos quais as classes médias recorrem ostensiva e sistematicamente. (THEODORO, Mário; 2008:40)

Outros posicionamentos sobre possíveis estratégias para a prevenção da violência obstétrica em mulheres negras foram apresentados pela assistente social e pelo enfermeiro entrevistado:

“[...] escutar quem passou pela vivência, porque todo o resto é teórico, ou é indireto, são percepções indiretas. Então quem tá vivendo é que pode dizer o que fazer e o que sentiram. Entende? Eu gostaria de ouvir propostas dessas mulheres com relação a uma melhoria do pré-natal, muito, muito! Porque, de repente, quem sabe o que a gente tá aqui abordando tem nada a ver com a realidade delas. [...] Porque a gente centra no preconizado pelo ministério da saúde.” (E5as)

“Primeiro: capacitação aos profissionais. [...] Contratação também de mais profissionais. [...] Quando se tem número bastante quantitativo de determinado

setor e determinados profissionais, sobretudo da obstetrícia, então não gera uma carga estressante de trabalho. [...] Contratação de mais servidores dentro de uma linha totalmente humanizada, humanizada mesmo. [...] Não dá pra você trabalhar tranquilo com um profissional que tá dobrando o plantão, numa carga com 40, 60, 80 gestantes. Então não dá pra você pensar direito, é muito dinâmico. Infelizmente é isso que acontece.” (E7enf)

A escuta no atendimento das usuárias é primordial tanto na prevenção, quanto no enfrentamento da violência obstétrica. Como já ressaltado, para que o atendimento seja de qualidade, é necessário que as dúvidas e as colocações das gestantes tenham espaços para serem apresentadas e que estas sejam consideradas na captação de demandas.

A violência obstétrica e o racismo institucional são estruturais. Ou seja, não se reduz apenas ao profissional e à usuária. A negligência do Estado com a saúde pública, na contratação de poucos profissionais, mencionada na fala citada, é um exemplo da estrutura deste problema. As condições de trabalho dos profissionais de saúde é precária e estressante, diminuindo a qualidade do atendimento prestado e corroborando a manutenção da violência obstétrica.

Para pensar nas estratégias de combate à violência obstétrica em mulheres negras, é necessário questionar toda a estrutura na qual esta violência e o racismo institucional se firmam. Esse domínio vai desde a negligência do Estado com o SUS – basta notar a situação precária de diversos hospitais e postos de saúde públicos –, até a violência cometida por parte das/os profissionais de saúde nos centros obstétricos ou nos consultórios de pré-natal.

3.2 Percepção das usuárias negras sobre violência obstétrica

Na primeira parte da entrevista foi traçado o perfil das sete mulheres entrevistadas. A média de idade delas é de 27 anos, sendo 39 a idade da usuária mais velha e 16 a da usuária mais nova. Em relação à escolaridade, três usuárias possuem o ensino médio completo, uma está cursando o ensino médio, duas possuem o ensino fundamental completo, e uma está cursando o ensino fundamental. Quatro das mulheres entrevistadas já tinham pelo menos um filho anterior à última gestação.

Em relação à raça, as usuárias responderam a uma questão aberta acerca da raça que cada uma se considerava. Das sete entrevistadas, quatro disseram se considerar pardas, duas negras e uma branca.

Quando questionadas sobre a qualidade do acompanhamento de saúde no período da última gestação, todas as usuárias afirmaram ter sido bom e disseram que foram bem atendidas. Em média, o acompanhamento do pré-natal teve dez consultas durante a gestação, onde a usuária que passou por um maior número, por ter se tratado de uma gestação de alto risco, teve 20 consultas realizadas, e a usuária que teve um número menor de consultas passou apenas por três.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016) declara que devem ser realizadas, no mínimo, oito consultas durante o pré-natal. O acompanhamento do pré-natal é indispensável para a saúde da mulher gestante e da criança que está sendo gerada. Quando realizado com qualidade, executa um papel importante no empoderamento dessas mulheres por meio da informação e da garantia de direitos.

Quatro das usuárias entrevistadas disseram ter recebido orientações sobre a gestação e o parto, por parte dos profissionais de saúde responsáveis pelo pré-natal. As principais orientações citadas por elas foram sobre alimentação, cuidados físicos, amamentação e cuidados com o bebê.

"[...] Todos os cuidados que a gente deve ter com a gestação... [...] No caso também que eu trabalhava num lugar e tive que encostar pelo INSS, então eu tive todas as informações, quanto de cuidados com a gestante e com o bebê, e até mesmo com o trabalho eu tive. E quando tava perto de ganhar neném, [...] o médico que me acompanhou, ele sempre ficou me orientando, me falando qual o dia, então ele chegou a marcar o dia que completaria 37 semanas pra me encaminhar pro hospital público, pra "mim" fazer a cesariana." (U1)

Das três usuárias que declaram não ter recebido orientações, duas disseram que receberam apenas informações sobre a gestação, mas nenhuma orientação específica, e uma afirmou que não houve orientação por ter tido apenas três consultas já no final do período gestacional.

É necessário que o profissional de saúde responsável pelo pré-natal faça orientações acerca da gestação e do parto, de forma que considere as demandas específicas de cada usuária. É preciso observar tanto as demandas apresentadas pelas usuárias durante as consultas — dores, corrimentos, sangramento — quanto as demandas relacionadas à realidade destas usuárias — o lugar onde vivem, o trabalho, a idade e a raça, por exemplo.

Como já mencionado, essas orientações e informações fazem parte da garantia de direitos dessas usuárias. Esse conhecimento as empodera, de maneira que elas saibam

reconhecer situações de violência obstétrica e saibam como recorrer e onde denunciar, caso esta ocorra.

Apenas duas das usuárias entrevistadas afirmaram que, durante o acompanhamento do pré-natal, os profissionais abordaram a temática da violência no parto:

“Falaram [...] sobre os maus tratos que a gente tem no hospital. Inclusive, eu sofri isso. Antes de eu começar no posto de saúde eles me encaminharam pra (nome da cidade). O médico foi super grosso comigo. Eu perguntei sobre os meus direitos, [...] pra "mim" entrar pelo INSS, ele falou que eu não tinha direito nenhum, que eu tinha que trabalhar independente de ser, gêmeos ou não, ele me maltratou muito. [...] Eu falei: "eu não vou continuar meu tratamento aqui.", porque ele ia ser o médico do meu pré-natal todinho, eu desisti por conta disso.” (U1)

“Houve sim o assunto. [...] Falaram que é mito... a gente fala sempre que é mito para não acreditar que seja verdade, que mulheres negras têm mais resistência pra parir do que as brancas. E fica lá porque a capacidade de ter neném é maior que a de uma branca. Por exemplo, se for pra ter atendimento primeiro para levar pra uma cesariana, ou mesmo pra levar pra sala de parto, leva primeiro a branca, e a negra fica porque é mais resistente. E não é verdade...” (U5)

Na primeira fala, a usuária afirma que os profissionais da instituição abordaram a temática da violência obstétrica. Essa mesma usuária, posteriormente, identificou uma situação de violência que vivenciou durante o atendimento do pré-natal em um Hospital Regional do DF, evitando assim que essa situação seguisse adiante. A identificação da violência pela usuária reforça a importância da informação sobre a temática e sobre os direitos que ela possui, no processo de combate à esta violência.

A postura de negligência do médico citado mostra que a violência obstétrica além de não se expressar apenas de maneira física, não ocorre somente nos centros obstétricos e no momento do parto. Pode ocorrer também, de maneira mais sutil, nos atendimentos do pré-natal.

A segunda fala traz uma informação crucial para o enfrentamento da violência obstétrica em mulheres negras. O racismo produz e reproduz a falsa ideia de que mulheres negras possuem maior resistência à dor. Quando o racismo é institucionalizado, essa ideia é naturalizada e reproduzida em espaços públicos, expondo as mulheres negras à situações de descaso. Explicitar que esta ideia é falsa e é consequência do racismo é fundamental para prevenir e romper com os casos de violência obstétrica em mulheres.

As outras cinco usuárias afirmaram que os profissionais não abordaram a temática da violência obstétrica. De todas as entrevistadas, porém, apenas uma disse não considerar importante que este assunto seja tratado.

“Com certeza. Porque acontece, né? Não aconteceu comigo, mas a gente vê as outras meninas no pré parto sendo maltratadas.” (U2)

“É importante. A saúde em primeiro lugar. Às vezes a gente é consultada pelos médicos, mas aí você só relata o que você tá sentindo. Às vezes o médico só observa e não fala nada, e ele sempre tá ali pra tirar dúvida.” (U3)

“Demais! Muito! Tem que ser sempre falado, explicado pra gente como é que é, o que acontece... Isso não foi passado pra mim.” (U4)

Para que as mulheres consigam reconhecer as situações de violência que podem ocorrer nos centros obstétricos, e para que essas situações não sejam enxergadas e tratadas como naturais e deixem de ser reproduzidas, é indispensável que o assunto seja abordado pelos profissionais no âmbito das instituições de Atenção Primária à Saúde durante o acompanhamento do pré-natal.

O assunto poderia ser levantado junto com as informações sobre os direitos que as usuárias possuem, expondo que o não cumprimento desses direitos já se trata de violência obstétrica. O profissional poderia informar às usuárias tanto nas consultas individuais, quanto no grupo de gestantes.

Das usuárias entrevistadas, quatro participaram do grupo de gestantes e declararam ter gostado da experiência:

“Ah, eu achei muito bom! Eu amei, porque eu já tinha participado de outros grupos, mas na época que eu participei era só uma vez, não era igual a esse que foi bem englobado, que ‘foi’ várias palestras. Na época dos outros filhos meus, era só uma e era bem rápido, como era uma palestra só eles falavam tudo muito rápido. Era uma hora só. E hoje não. Nessa outra palestra, que foi muito boa, foi abordado cada tema... E eu gostei muito. Achei muito importante. Acho que toda gestante deve fazer.” (U1)

“Sim. Muito bom, até [...] na primeira filha, não existia na época. O segundo, se tinha, eu não tinha conhecimento. Do terceiro eu já ouvi falar que tinha, mas eu

não tinha tempo e nem como ir. Mas neste não, eu fui em todas. E foi muito bom, muito bom mesmo.” (U5)

Tanto quanto as consultas individuais, o grupo de gestantes tem fundamental importância durante o acompanhamento do pré-natal. As usuárias podem trocar experiências entre si e tirar dúvidas que, muitas vezes, não ganham espaço durante as consultas. O grupo de gestantes proporciona um espaço horizontal, onde as mulheres se sentem mais confortáveis para falar sobre suas experiências e dúvidas.

Fora questionado em qual hospital ocorreu o parto das usuárias entrevistadas. Todas as usuárias foram atendidas e realizaram o parto em hospitais públicos do Distrito Federal - DF.

A despeito do que exige a Lei Federal nº 11.340/2007, que garante às gestantes o direito de serem informadas anteriormente pelos profissionais responsáveis pelo pré-natal sobre a maternidade de referência, e de visitá-la antes do parto, apenas uma das usuárias relatou ter tido conhecimento prévio sobre o local onde o parto ocorreria. Três entrevistadas afirmaram ter sido informadas antecipadamente do local onde seriam atendidas, mas não chegaram a conhecer a maternidade da instituição. As outras três entrevistadas não apenas não foram informadas sobre onde ocorreria o parto, como também tiveram o primeiro contato com a maternidade apenas no momento do parto.

O não cumprimento desta lei já é caracterizado como violência obstétrica. Conhecer a maternidade onde será realizado o parto proporciona à gestante maior confiança e tranquilidade no momento do parto, além de diminuir o risco de perambulação pelos hospitais em busca de vaga.

Das usuárias entrevistadas, cinco tiveram o parto normal e duas, parto cesariano. Ao serem questionadas se o tipo de parto havia sido uma escolha delas, três usuárias disseram que sim, três disseram que não e uma relatou que inicialmente sim, mas que, por conta de complicações, desejou que o tipo de parto fosse outro:

“Até certo momento era minha escolha ter normal. Mas depois de tudo que eu vinha passando, eu queria ter uma cesárea, mas eles disseram que eu não podia.”

A escolha pelo tipo de parto deve ser feita pela gestante. O profissional de saúde deve informá-la sobre os procedimentos utilizados em cada tipo, sobre como ocorre a recuperação e sobre os cuidados e riscos de cada um. Caso o tipo de parto tenha que ser modificado em decorrência de alguma complicação que coloque em risco a vida da gestante

ou do bebê, ela deverá ser comunicada sobre a mudança e sobre os motivos que levaram a essa decisão. (CONTE; 2014)

O momento do parto trata-se de um período crítico e é necessário que o atendimento à parturiente seja de qualidade. Isso significa que a usuária terá que ser assistida pelos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento, podendo expressar seus sentimentos livremente, sem ser coibida, e escolher a posição que considerar mais confortável para o momento. Além disso, é garantido através da Lei Federal nº 11.108/2005 o direito a acompanhante durante todas as etapas do atendimento — trabalho de parto, parto e pós-parto.

Ao descreverem como foi o atendimento no momento do parto, três das usuárias entrevistadas declararam ter sofrido violência física e/ou verbal por parte dos profissionais de saúde.

“No primeiro parto, a enfermeira quando eu fui pegar... Porque eu ganhei na sala de pré-parto, e não tem o apoio pra você segurar. Quando eu fui pegar no braço dela, pra poder ela me ajudar a levantar, ela falou: ‘Não pega! Porque eu não sei onde você botou a mão.’ A enfermeira falou... Isso eu lembro.” (U2)

A Política Nacional de Humanização (PNH, 2004) preconiza que a postura do profissional de saúde durante os atendimentos seja o menos mecanizada possível, para que haja uma aproximação e empatia com as usuárias atendidas. A atitude da enfermeira citada pela usuária entrevistada revela o desencontro com os princípios dessa política. É uma atitude de violência obstétrica que ocorre de maneira mais sutil e naturalizada.

Manifestações de julgamento e censura em relação aos seus atos devem ser evitadas e ela (parturiente) deve ser encorajada a manifestar suas angústias e ansiedades, cabendo aos membros da equipe assistencial a adoção de posturas que a respeitem como ser humano e cidadã plena de direitos. (BRASIL, 2014: 30)

O atendimento desumanizado às parturientes, especialmente às usuárias negras, é recorrente nos centros obstétricos e nas maternidades. As usuárias são tratadas apenas como um objeto e instrumento de trabalho, passando por um momento difícil e solitário no trabalho de parto, como é apresentado na fala a seguir:

“A gente meio que fica sozinho [...] Jogada lá na cama, de vez em quando vem uma enfermeira conferir o soro, ou então ver como é que você tá. De vez em quando vem o médico, aí mexe com a sua barriga, faz um toque, aí sai de novo. Tanto é que quando meu neném foi nascer eu tava sozinha, sozinha que não

tinha médico nem enfermeira, só as colegas lá com dor também, e quando o neném foi nascer pra valer, foram as mulheres que ficaram chamando as enfermeiras e o médico. [...] Aí isso eu achei um pouco de descaso, porque era pra ter alguém ali, até porque anteriormente veio alguém e fez um toque, então já sabia com quantos centímetros tava, já era pra eu não ficar só. [...] E houve um outro ainda, uma agressão que foi verbal. [...] Quando desceram pra levar a gente pro leito, a moça veio com cadeira de rodas e falou ‘ó, não tem como levar de maca, então vocês vão de cadeira de rodas’. Eu falei assim: ‘olha, eu não tenho condições de ir de cadeira de rodas porque eu tô toda costurada, porque foi rasgado’. Aí ela falou assim: ‘Pois ou você vai de cadeira de roda ou você vai andando, porque não tem maca pra levar você’.” (U5)

A assistência à parturiente não deve ocorrer apenas a partir de procedimentos hospitalares mecanizados — como a conferência da dilatação por meio do toque vaginal, reposição de soro, aferição de pressão arterial, entre outros. Isso faz com que a parturiente seja resumida a um objeto a ser manipulado, deixando de lado sua condição humana.

A usuária deve ser assistida e acompanhada durante todo o trabalho de parto, para que seja garantida sua segurança e conforto — e para que suas dúvidas e angústias sejam escutadas. É necessário que haja um trabalho integrado de equipe multiprofissional nos centros obstétricos em disposição às parturientes, para que o trabalho de parto seja devidamente assistido, e para que as usuárias não passem por um período solitário neste processo, evitando situações de complicação e emergência (BRASIL, 2014).

A próxima narrativa trata-se de uma das experiências mais delicadas coletada nas entrevistas. O trecho citado, apesar de reduzido, é o mais extenso da análise, pois traz características das diversas expressões da violência obstétrica, relatando todo o processo do atendimento, desde a chegada à maternidade até o nascimento da criança.

“[...] Na frente da minha amiga ela (enfermeira) me tratou super bem, foi um amor de pessoa. [...] Não deixou minha amiga entrar comigo. [...] A partir do momento que eu entrei ali, que eles fecharam aquela porta, assim, parece que ela mudou totalmente. As enfermeiras tudo. [...] Aí eles me deixaram lá. Aí chegou a médica, me examinou, fez o toque. Aí começou a colocar... eu não sei nem o que que é... É um comprimido que coloca na vagina pra acelerar o parto. Aí com aquilo minha contração foi aumentando [...] Aí depois deu cinco horas da tarde e eu sem comer nada. E eu pedindo pra beber água, pedindo pra comer alguma coisa, elas não queriam me dar... Não queria de jeito nenhum! [...]”

Quando foi umas 17h30, que a médica viu que eu não tava dilatando, ela disse assim: ‘Traz uma comida pra ela.’ [...] Como eu tinha muita contração eu comia e parava. Aí vinha a enfermeira: ‘Você não vai comer não!?’ [...] Aí eu deitei, né, porque veio uma contração tão forte que eu deitei, e ela falou assim: ‘Você não vai comer nada, você vai é derrubar essa comida!’. Que eu coloquei no canto assim, e ela pegou e jogou minha comida no lixo. Não deixou eu comer. E eu tava com muita fome! [...] Aí quando foi a noite eu pedindo água, elas não me deram porque disse que era pra caso se eu tivesse que ir pra uma cesárea de emergência, essas coisas. [...] Quando foi umas dez, onze horas da noite eu já não aguentava mais, eu achei que eu ia morrer. Sério. Porque eu tinha tanto sangue, eu tinha muito sangue assim, ó. Aí eu levantei da maca... eu tava tipo segurando naquele negócio de soro, e quando a contração veio eu agachei, aí a mulher: ‘Porque que você tá agachando?!’. Aí eu falei assim: ‘Porque eu to sentindo muita dor, e eu não sei nem o que fazer!’ [...] Aí ela falou assim: ‘Olha, você tá sujando o chão inteiro de sangue!’ [...] O que me aliviava era ficar debaixo da água, tipo assim, caindo uma água nas costas, né? Aí... a enfermeira toda hora que ia lá ela falava assim: ‘Sai daí agora! Você não pode ficar aí.’ [...] Ela injetou alguma coisa no soro, não sei o que que era aquilo. Quando ela injetou aquilo eu falei assim: ‘Eu vou morrer’. Porque foi uma contração das piores que eu tive! [...] Aí ela começou a jogar um líquido vermelho em mim, aí anestesiou e fez um corte. Nem me falou de corte nem nada, só cortou. [...] Enquanto eles tavam preparando ela (a filha), ela (enfermeira) começou a me costurar. [...] Aí depois de costurada, tudo bonitinho, ela foi tirar minha placenta... [...] Aí veio a enfermeira e colocou assim os dois braços em cima de mim e ficou forçando, e ela botava toda força que ela tinha, e aquilo ali parece que doeu mais que o parto em si, sabe? [...]’ (U4)

A fala desta usuária retrata as diversas maneiras que a violência obstétrica pode ocorrer, a começar pelo direito à acompanhante negado, o que potencializa as outras caracterizações da violência obstétrica que ocorreram, gerando sensações de medo e angústia à usuária em trabalho de parto.

O Ministério da Saúde (MS) recomenda que ocorra a alimentação e ingestão de líquidos durante o trabalho de parto: “O jejum pode causar desidratação e acidose, que combinados com a fadiga da gestante em trabalho de parto podem aumentar a possibilidade de uma cesárea e maior perda de sangue após o parto” (BRASIL, 2015).

A proibição da usuária em se alimentar e beber água caracteriza o descaso e a negligência dos profissionais responsáveis pelo atendimento, que, ao contrário do que se espera e é preconizado, contribuíram com a dificuldade e sofrimento da mulher no trabalho de parto.

Além desta proibição, a usuária foi coibida de fazer uso do chuveiro disponível, e de se movimentar durante o trabalho de parto, estratégias essas que devem ser estimuladas, pois auxiliam no trabalho de parto e diminuem a dor e o desconforto da parturiente.

O incentivo à deambulação e a mudanças de posição da mulher no trabalho de parto e parto aponta uma série de vantagens e benefícios para mãe e filho. Tais evidências nos permitem concordar que a liberdade de posição e a deambulação da parturiente em todo o desenrolar do trabalho de parto são formas de cuidado provavelmente benéficas à parturiente e que devem ser encorajadas. (MADEME; DOTTO; 2007: 335)

Os procedimentos como o uso de medicação para induzir o parto e a episiotomia, além de serem indicados apenas para situações estritamente necessárias, devem ser, antes de seu uso, informados à usuária, dando a ela o direito de concordar ou não com sua utilização e possibilitando a participação ativa no parto e controle sobre seu próprio corpo.

A usuária citada, além de não ter sido informada, foi submetida à situações de maus tratos durante esses procedimentos, quando a enfermeira colocou força sob sua barriga e retirou sua placenta após a realização dos pontos, colocando em risco sua saúde e fazendo com que sua recuperação ocorresse de maneira mais dolorosa e demorada.

A imposição autoritária e não-informada de condutas obstétricas atenta contra o direito à condição de ser humano e são consideradas violações do direito da mulher à sua integridade corporal, à privacidade, o direito de estar livre de humilhações e de maus tratos [...] (SANTOS; SHIMO; 2008: 649)

A fala citada é da gestante que teve o menor número de consultas realizadas no pré-natal — três consultas —, que é também uma das usuárias que não participou do grupo de gestantes. Essa informação reforça a importância do pré-natal de qualidade para contribuir para a prevenção da violência obstétrica.

Os trechos citados acima relatam apenas alguns dos casos de violência obstétrica ocorrentes em mulheres negras no âmbito das instituições de alta complexidade. O parto das três usuárias citadas ocorreram no Hospital Regional do Distrito Federal - DF, que tem sido denunciado pelos frequentes casos de violência obstétrica ao Ministério Público Federal (MPF).

Infelizmente, o parto humanizado ainda é restrito para as mulheres pobres e negras. Os espaços públicos e gratuitos que oferecem esse tipo de atendimento, de maneira

menos hospitalizada (como casas de parto) são poucos e insuficientes para atender as demandas. E os espaços privados impossibilitam que essas mulheres sejam atendidas, pelos altos valores que cobram.

Ouvir as usuárias durante o período de pesquisa foi de extrema importância para que o trabalho tomasse consistência e para que, além dos fins acadêmicos, ele sirva para incitar a mudança dessa realidade e dar voz a essas mulheres.

Considerações Finais

*"Depois de ler, percebi a estética dos pratos
a estética dos traços, a ética"*
Não vou mais lavar os pratos, Cristine Sobral.

O objetivo deste trabalho foi analisar de que maneira a Atenção Primária à Saúde (APS) contribui para a prevenção da violência obstétrica em mulheres negras, por meio do acompanhamento do pré natal. Foi considerado a percepção de profissionais de saúde e das usuárias que passaram pelo pré-natal e pelo parto.

A hipótese inicial da pesquisa foi de que a atenção primária desempenha um papel estratégico importante na redução da violência obstétrica em mulheres negras, ocasionada pelo racismo institucional. A análise dos dados confirma esta hipótese, considerando que todos os profissionais de saúde e todas as usuárias entrevistadas afirmaram ser importante o acompanhamento do pré-natal para a prevenção desta violência, por meio, principalmente, da informação acerca dos direitos da gestante.

Percebeu-se a partir da análise dos dados que a APS e o acompanhamento do pré-natal auxiliam no processo de identificação da violência obstétrica e, conseqüentemente, na prevenção da mesma nas instituições de alta complexidade. Além disso, a capacitação dos profissionais de saúde e a melhoria do espaço físico das instituições é de suma importância para o enfrentamento desta violência.

Compreendeu-se que a violência obstétrica vai além das agressões físicas e verbais no atendimento no momento do parto. Trata-se também da negação de direitos previstos por lei às usuárias gestantes. O desconhecimento desses direitos faz com que a violência seja naturalizada e reproduzida. A APS e o acompanhamento do pré-natal tem papel imprescindível nesta questão, possuindo aparatos e espaço para informar e empoderar essas mulheres. Este empoderamento pode ocorrer por meio das consultas individuais ou em grupo, ou por meio de campanhas que alcancem também os profissionais que atuam na alta complexidade, entre outros.

É indispensável ressaltar a interferência da questão de gênero e da hierarquização entre homens e mulheres. A violência obstétrica é um tipo de violência contra a mulher e, antes da institucionalização da obstetrícia, o cuidado com a gestação e com o parto era uma espaço restrito às mulheres. A partir do momento em que o parto tornou-se hospitalizado, as próprias mulheres deixaram de ocupar o papel central desses espaços, tornando-se passivas dos procedimentos médicos.

Além disso é notável a influência do racismo institucional nos casos de violência obstétrica em mulheres negras. Uma parte significativa das usuárias negras entrevistadas relataram ter vivenciado situações de violência no momento do parto.

Foi evidente, entretanto, a dificuldade dos profissionais de saúde entrevistados em abordar a questão racial e em reconhecê-la enquanto componente desta violência. A maioria julgou não ser uma questão tão importante ou tão recorrente no espaço onde atuam.

A não discussão sobre a questão racial — e sobre os recorrentes casos de racismo no âmbito das instituições públicas de saúde — corrobora o racismo institucional que, somado à violência obstétrica, causa a mortalidade de várias mulheres negras gestantes. A única campanha lançada pelo Ministério da Saúde sobre essa questão (“SUS Sem Racismo”) não alcançou muitos espaços e era desconhecida por todos os profissionais que participaram das entrevistas.

É necessário avançar no enfrentamento ao racismo e às desigualdades de gênero, não apenas no que diz respeito ao Sistema Único de Saúde (SUS), mas em toda a sociedade, para que a equidade de gênero e de raça seja alcançada, deixando de ser apenas símbolo de luta para tornar-se realidade.

Referência bibliográfica

AGGIO, C. M.; ANDRADE B.P. Violência obstétrica: a dor que cala. 2014

ARRAES, J. MULHER NEGRA E SAÚDE: “A INVISIBILIDADE ADOECE E MATA!”. In: Revista Fórum. 2014. Disponível em <<http://revistaforum.com.br/digital/176/mulher-negra-e-saude-invisibilidade-adoece-e-mata/>>

ÁVILA, M.B Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2003, vol.19

BARRETO, M. Patriarcalismo e Feminismo: Uma retrospectiva histórica. *Revista Artemis*. Vol. 12, 2011.

BARSET, L. Parte I - História, política, conceitos Família, sexualidade e reprodução no direito brasileiro. GIFFIN, K., and COSTA, SH., orgs. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 468 p.

BATISTA, L. E.; MONTEIRO, B. R.; MEDEIROS, R. A. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. 2013.

BRASIL. Atenção à saúde da gestante em APS. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. Porto Alegre. 2011.

_____. Atenção à saúde. 2009. Disponível em:
<<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>>

_____. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília. 2012.

_____. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.

_____. Atendimento. FIOCRUZ. 2016 Disponível em
<<http://pensesus.fiocruz.br/atendimento> >

_____. Caderneta da Gestante. 2ª edição. 2014

_____. Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê. UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. Ministério da Saúde. São Paulo. Globo. 2011.

_____. HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. 2004

_____. Ministras Luiza Bairros e Eleonora Menicucci criam grupo de trabalho conjunto para enfrentamento ao Racismo Institucional e Desigualdade de Gênero nesta quinta-feira (9/5), em Brasília. Ministério da Justiça e Cidadania. Política de Promoção da Igualdade Racial. 2013. Disponível em: <http://www.seppir.gov.br/portal-antigo/noticias/ultimas_noticias/2013/05/ministras-luiza-bairros-e-eleonora-menicucci-criam-grupo-de-trabalho-conjunto-para-enfrentamento-ao-racismo-institucional-e-desigualdade-de-genero-nesta-quinta-feira-9-5-em-brasilia>

_____. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília. 2012

_____. Pré-Natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. 2005.

_____. Racismo é apontado como uma das causas da mortalidade materna entre mulheres negras. Observatório Brasil da Desigualdade de Gênero. SEPPIR. 2015. Disponível em: <<http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/noticias/racismo-e-apontado-como-uma-das-causas-da-mortalidade-materna-entre-mulheres-negras/>>

_____. Recomendação para alimentação e ingestão de líquidos durante o trabalho de parto. 2015. Disponível em <<http://promocaodasaude.saude.gov.br/promocaodasaude/assuntos/incentivo-ao-parto-normal/noticias/recomendacao-para-alimentacao-e-ingestao-de-liquidos-durante-o-trabalho-de-parto>>

BRASÍLIA. Carta de Serviços. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. 2016

BRENES, Correa Anayansi. História da Parturição no Brasil, Século XIX. 1991

BUENO, Cláudia. Você sabe como o parto se desenvolveu?. 2015. Disponível em <Você sabe como o parto se desenvolveu?Você sabe como o parto se desenvolveu?>

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A saúde e seus determinantes sociais. REVISTA SAÚDE COLETIVA. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.77-93, 2007.

CARNEIRO, L.M. Humanizar é preciso. 2000. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/ac023.html>>

CARNEIRO, S. A batalha de Durban. In: Revista Estudos Feminista. 2012. v. 10, n. 1

CASTILHO, M. e MELO, H. P. Trabalho reprodutivo no Brasil: Quem faz?, Rio de Janeiro. 2009

CONTE; J. Tipos de parto: Qual o mais adequado pra você e pro seu bebê? 2014. Disponível em <<https://drauziovarella.com.br/mulher-2/tipos-de-parto-qual-o-mais-adequado-para-voce-e-seu-bebe/>>

COSTA, L.H. R. Memórias de Parteira: Entrelaçando Gênero e História de uma Prática Feminina do Cuidar. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC. Florianópolis. 2002

CORRÊA, M. Do feminismo aos estudos de gênero no Brasil: um exemplo pessoal. Cadernos Pagu (16), 2011

CORTEZ; SOUZA; QUEIRÓZ. Violência Entre Parceiros Íntimos: uma análise relacional. Rev. psicol. polít. vol.10 no.20 São Paulo dez. 2010

COUTINHO, R. O racismo começa na gravidez. 2015. Disponível em: <<http://www.geledes.org.br/o-racismo-comeca-na-gravidez/#ixzz4CRqY42b7>>

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero, Estudos Feministas 1, 2002

DIEESE. O Emprego Doméstico no Brasil. Nº68. 2013

DINIZ, C. S. G. Assistência ao Parto e Relações de Gênero : elementos para uma releitura médico-social. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP.1996

DOSSIÊ DE VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES. Violência e Racismo. Violência e Racismo. Disponível em:

<<http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/dossie/violencias/violencia-e-racismo/>>

FIGUEIREDO, E. N. A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS.

UNIFESP. 2012. Disponível em:

<http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf>

FLICK, U. Introdução à metodologia de pesquisa. Porto Alegre. Penso Editoras. 2013

FRASER, N. Feminismo, capitalismo e a astúcia da história. Mediações, vol. 14, n. 2, 2009. Londrina: UEL, 2009

FRIAS, L. M. P. S; SILVA, A. A. M. VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO AO PARTO: vivências de mulheres. 2015

GONÇALVES, J. "Grávida, Pobre e Negra" - Quando a violência e omissão obstétrica matam e parir vira uma questão de coragem. 2014 Disponível em:

<<http://blogueirasnegras.org/2014/04/24/gravida-pobre-e-negra-quando-a-violencia-e-omissao-obstetrica-matam-e-parir-vira-uma-questao-de-coragem/>>

GONZALEZ, L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. In: Movimentos sociais urbanos, minorias étnicas e outros estudos. Brasília: ANPOCS, 1983

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. Cadernos de Saúde Pública, 10(suplemento 1), 1994

HEILBORN, M. L. SORJ, B. "Estudos de gênero no Brasil", in: MICELI, Sérgio (org.) O que ler na ciência social brasileira (1970-1995), ANPOCS/CAPES. São Paulo: Editora Sumaré, 1999, p. 183-221

HOOKS, B. Intelectuais negras. Revista Estudos Feministas, v. 3, n. 2. Rio de Janeiro: IFCS/UFRJ, 1995

IPEA. Retrato das desigualdades de gênero e raça. 4ª edição. Brasília, 2011

JACCOUD, L. O combate ao racismo e à desigualdade: o desafio das políticas públicas de promoção da igualdade racial. As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição. Brasília: Ipea, 2008.

JUNIOR, L.S. Raça e Justiça: O mito da democracia racial e o racismo institucional no fluxo de justiça. Tese de Doutorado. Programa de Pós Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco. 2006

KALCKMANN; et al. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? Rev. Saúde Soc. vol.16 no.2 São Paulo. 2007

LANDERDAHL, M.C, et al. A Percepção de Mulheres Sobre Atenção Pré-Natal em uma Unidade Básica da Saúde. Esc. Anna Nery vol.11 no.1 Rio de Janeiro Mar. 2007

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011

LEAL, M.C; GAMA, N. G. S; CUNHA, B. C. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. Revista de Saúde Pública. V. 39, N. 1 (2005)

LIMA, M. RIOS. F e FRANÇA. D. Articulando gênero e raça: A participação de mulheres negras no mercado de trabalho (1995-2009). In: Dossiê Mulheres Negras retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil. IPEA, 2013.

LIMA, O. S. A maternidade da mulher negra. 2015

MADEME, F.V; MADEME; M.V; DOTTO; L.M.G. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem. 11 (2): 331 - 6. 2007

MARTINS, A. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. Cad. Saúde Pública vol.22 no.11 Rio de Janeiro Nov. 2006

MATTA, C. G, MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>

MENDES, L.V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. Rev. Estudos Avançados, v. 27, n. 78 2013.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 17(3):621-626. 2012

MINAYO, M.C.S. ODÉCIO, S. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262. 1993

MOTT, M.L.B. A parteira ignorante: um erro de diagnóstico médico?. Dossiê Mulheres Indígenas. Vol. 7, No 1 e 2. 1999

MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P. Pre natal healthcare communication and information, Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.7, n.13, p.109-18, 2003

ONUBR. OMS publica novas orientações sobre pré-natal para reduzir mortes de mães e bebês. 2016. Disponível em <https://nacoesunidas.org/oms-publica-novas-orientacoes-sobre-pre-natal-para-reduzir-mortes-de-maes-e-bebes/>

PAIM. J. S. O que é o SUS. E-book. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. FAPERJ, 2016. Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>

PITANGUY, J. O Movimento Nacional e Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos. In: GIFFIN, Karen e COSTA, Sara H. (ORGS). Questões da Saúde Reprodutiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999

PORTO, D. O significado da maternidade na construção do feminino: uma crítica bioética à desigualdade de gênero. In: Revista Redbioética/UNESCO. 2011

POVLESAN, F. O que são Direitos Reprodutivos?. Universidade Livre Feminista, 2009 Disponível em <http://feminismo.org.br/o-que-sao-direitos-reprodutivos/>

RAGO, M. Descobrindo historicamente o gênero. Cadernos Pagu, Campinas, n. 11, 1998

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. Episiotomia "É só um cortezinho". Fórum de Mulheres do Espírito Santo. 2014. Disponível em:

<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-donascer/assets/pdf/controversias/Episiotomia.pdf>

ROCHA, L. C. P. Políticas afirmativas e educação: a lei nº 10.639/2003 no contexto das políticas educacionais no Brasil Contemporâneo. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006

SAFFIOTI, H. Gênero, patriarcado, violência. São Paulo: Perseu Abramo, 2004

SANTOS C.; IZUMINO W. Violência contra as Mulheres e Violência de Gênero: Notas sobre Estudos Feministas no Brasil. E.I.A.L. Estudios Interdisciplinarios de América Latina y El Caribe, vol. 16, nº 1, 2005

SANTOS; J.O; SHIMO A.K. Prática Rotineira da Episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem. 12 (4): 645-50. 2008

SANTOS, M. L. Humanização da assistência ao parto. Um modelo teórico. 2002

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. Recife: SOS corpo, 1991

SENTIDOS DO NASCER. Cesariana só em último caso. 2015

SILVA, C. A desigualdade imposta pelos papéis de homem e mulher: uma possibilidade de construção da igualdade de gênero. In: Revista Unisep. 2012

SILVA, J.; BERTOLDO, E. O racismo como subproduto da sociedade de classes. Rev. Espaço Acadêmico - Nº 112. 2010

SIQUEIRA, M. Saúde e direitos reprodutivos: o que os homens têm a ver com isso? Estudos Feministas, 8(1), 2000

SOUTO, K. M. B. A política de atenção integral à saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero. Revista SER Social, v. 10, n. 22, p. 161-182, 2009

SOUZA, A. S. Racismo Institucional: Para compreender o conceito. In: Revista da ABPN. 2011

SOUZA, D. O.; SÓSTENES, E. V. S.; SILVA, N. O. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da "questão social". Rev. Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.1, 2013.

THEODORO, M. A Formação do mercado de trabalho e a questão racial no Brasil. As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição. Brasília: Ipea, 2008.

UNASUS. SAÚDE E SOCIEDADE: ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE. 2014

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. Revista Saúde e Sociedade. v. 17, n. 3. 2008

Anexos

Anexo I - Roteiro entrevista (profissionais)

1. Nome:
2. Cargo/Função:
3. Tempo de atuação na instituição:
4. Qual é o perfil (média de idade, raça/cor, comunidade) das usuárias gestantes que são atendidas por você?
5. Quais são as principais demandas atendidas?
6. Como é o atendimento prestado às usuárias gestantes?
7. Você percebe diferenças nas demandas e no atendimento prestado para as usuárias gestantes brancas e negras? Se sim, quais?
8. Recentemente o ministério da saúde lançou a campanha “SUS sem racismo”, qual sua opinião sobre a campanha, e porque você acha que ela foi criada?
9. Em algum momento de sua atuação você presenciou atitudes racistas da parte de algum profissional com gestantes negras?
10. Você acha que o racismo é uma das causas da violência obstétrica em mulheres negras? Se sim, como acha que isso pode ser evitado?
11. Você acredita que a atenção primária e o acompanhamento do pré-natal contribui com a prevenção da violência obstétrica em mulheres negras? Se sim, de que maneira?
12. Que outras estratégias acredita que auxiliaria processo de combate a violência obstétrica?

Anexo II - Roteiro de entrevista (Usuárias):

1. Nome:
2. Idade:
3. Raça/Cor:
4. Escolaridade:
5. Quantos filhos você tem?
6. Como foi o acompanhamento da saúde no período de sua última gestação?
7. Houve o acompanhamento do pré-natal? Se sim, quantas consultas foram realizadas?
8. Você recebeu orientações sobre sua gestação e sobre o parto por parte dos profissionais de saúde responsáveis pelo pré-natal? Se sim, quais foram as principais orientações?
9. Durante o acompanhamento de sua gestação, os profissionais falaram sobre violência no parto? Caso sim, como esse tema foi abordado e por quais profissionais? O que achou importante? Caso não tenha sido abordado: Você acha importante discutirem o tema da violência no parto? Por que?
10. Você participou do grupo de gestantes? Se sim, o que achou?
11. Onde ocorreu o parto?
12. Você já conhecia o lugar onde ocorreu? Sabia que faria o parto neste hospital?
13. Qual foi o tipo de parto (normal ou cesáreo)?
14. O tipo de parto ocorrido foi uma escolha sua? Caso sim, o que levou você a ter essa escolha?
15. Como foi o atendimento durante o momento do parto?
16. Em algum momento destes atendimentos (do pré-natal e/ou do parto) você sofreu alguma violência física e/ou verbal?
17. Acredita que deve haver mudanças nos atendimentos do pré-natal e/ou do parto? Se sim, quais?

Anexo III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Violência obstétrica em mulheres negras.”, de responsabilidade de Alessandra Beatriz dos Santos, aluna de graduação da Universidade de Brasília, sob orientação da professora Lucélia Luiz Pereira. O objetivo desta pesquisa é analisar de que forma a atenção primária contribui para prevenção da violência obstétrica durante o pré-natal e parto de mulheres negras. Assim, gostaria de consultá-la(o) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-la(o). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários, entrevistas, fitas de gravação ou filmagem, ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de entrevista que, caso haja seu consentimento, será gravada por meio de gravador de voz. É para estes procedimentos que você está sendo convidada(o) a participar. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco.

Espera-se com esta pesquisa incentivar o debate sobre violência obstétrica em mulheres negras no âmbito das instituições de atenção primária, a partir do espaço de escuta das usuárias gestantes e das(os) profissionais responsáveis.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através dos telefones 61 99380-78 12 e 61 98117-0281 ou pelos e-mails ale.beatrizs@gmail.com e lucelia@unb.br.

A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o senhor(a).

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Brasília, ____ de _____ de _____